

Visiedocument

Bekostigingstructuur mondzorg

Transparante mondzorg met vrije prijzen; de
consument kiest

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	21
1.1 Aanleiding visiedocument	21
1.2 Doel rapport	22
1.3 Afbakening markt voor mondzorg in visiedocument	22
1.4 Informatiebronnen	22
1.5 Opbouw visiedocument	23
2. De markt voor mondzorg	25
2.1 Mondzorg	25
2.2 De vraag naar mondzorg	25
2.3 Huidig aanbod van mondzorg	26
2.4 Vraag versus aanbod	30
2.5 Keuzemogelijkheden voor de consument en verzekeraar	34
2.6 Huidige regulering markt voor mondzorg	37
3. Transparantie mondzorg	41
3.1 Belang transparantie en rol NZa	41
3.2 Transparantie van de markt	42
3.3 Consumentenonderzoek transparantie	42
3.4 Transparantieverbeteringen	46
3.5 Conclusie	51
4. Mogelijkheid tot vrije prijsvorming	53
4.1 Marktwerking	53
4.2 Inkoopprikkels	56
4.3 Anticompetitieve gedragingen	63
4.4 Externe effecten	71
4.5 Lastendruk-/veranderingskosten	74
4.6 De meetlat	76
4.7 Advies: experiment met vrije prijsvorming	81
5. Prestatiebeschrijvingen	87
5.1 Uitgangspunten beschrijven van prestaties	87
5.2 Criteria voor vaststellen prestaties	88
5.3 Prestatievarianten	89
5.4 Zorgzwaarte	96
5.5 Verdere aanpassingen prestatiebeschrijvingen	97
5.6 Conclusie	102
6. Monitoren risico's en marktontwikkelingen	105
7. Conclusie	107
Bijlage 1. Lijst van afkortingen	111
Bijlage 2. Definitielijst	113

Vooraf

Voor u ligt het visiedocument *Bekostigingstructuur mondzorg*. In dit advies geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) antwoord op de vraag van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om hem te adviseren of de bestaande bekostigingstructuur voor de mondzorg aanpassing behoeft om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de mondzorg te borgen en waar mogelijk te verbeteren. Het consumentenbelang staat hierbij centraal. Een nieuwe prestatiestructuur en de mogelijkheid om vrije prijzen in te voeren komen hierbij expliciet aan de orde, net als het verbeteren van de transparantie. De NZa heeft een zelfstandige bevoegdheid voor het aanpassen van de prestaties.

Dit document is in de vorm van twee consultatiedocumenten voorgelegd aan marktpartijen. De bedoeling van deze consultatie was het toetsen van de gemaakte analyse op juistheid en volledigheid. Vele partijen hebben op de consultatiedocumenten gereageerd en hun zienswijze aan de NZa kenbaar gemaakt.

Het definitieve advies is mede op grond van de uitkomsten van de consultatie tot stand gekomen. Uitgangspunt bij het wegen van ieders belang en de totstandkoming van het advies is de meerwaarde voor de consument. Het gaat daarbij om kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor nu en in de toekomst.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen het zeer op prijs dat veel partijen de moeite hebben genomen gebruik te maken van de mogelijkheid hun reactie te geven. Wij willen hen daarvoor hartelijk danken.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,



mw. drs. C.C. van Beek MCM
voorzitter a.i.

Managementsamenvatting

De laatste jaren is het Nederlandse gezondheidszorgstelsel flink gewijzigd met als doel een vraaggestuurd, kwalitatief goed en doelmatig zorgstelsel te realiseren.

De NZa heeft in het nieuwe stelsel een belangrijke taak als maker en bewaker van goed werkende zorgmarkten en beschermer van het consumentenbelang. In dit document staat de mondzorg centraal.

Zowel in een gereguleerde situatie als ook in de situatie van vrije prijzen stelt de NZa de prestatiebeschrijvingen op een markt vast. Dit is een zelfstandige bevoegdheid van de NZa en dit betekent dat de NZa de mogelijke verbeteringen die in dit document beschreven zijn op het gebied van de prestaties, gaat uitvoeren indien wordt overgegaan tot vrije prijzen voor mondzorg. Dit wordt in overleg met marktpartijen gedaan. Voor het onderdeel vrije prijzen is dit visiedocument een advies aan de Minister.

Transparantie

Een transparante markt is een basisvoorwaarde voor een goed functionerende markt. De resultaten van het consumentenonderzoek naar de ervaren en gewenste transparantie mondzorg geven aan dat consumenten (een latente) behoefte hebben aan meer transparantie: het merendeel van de patiënten heeft behoefte aan informatie over prijs en kwaliteit, van behandelaar en behandeling. Daarnaast vinden consumenten de bestaande prestatiebeschrijvingen en codes op facturen onduidelijk en zouden ze deze graag in begrijpelijke termen geformuleerd willen zien. Consumenten hebben hierbij behoefte aan het in een voor patiënten heldere taal beschrijven van de prestaties, waarbij de rekening tevens voldoende inzicht biedt in de opbouw van de prijs.

In dit visiedocument noemt de NZa mogelijkheden om de transparantie van prestatie, prijs en kwaliteit te verbeteren. Daarnaast noemt zij ook een aantal verplichtingen die zij aan aanbieders zal opleggen indien tot vrije prijzen wordt overgegaan.

Transparantie van kwaliteit:

- Er zijn indicatoren nodig waarmee de consumenten en verzekeraars de door aanbieders geleverde kwaliteitsprestaties kunnen meten. Outcome-indicatoren zijn het meest wenselijk. Hiermee kan de toegevoegde waarde worden gemeten. Het Programma Zichtbare Zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is inmiddels samen met marktpartijen gestart met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren mondzorg.
- Naast het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren zouden meer methodieken ontwikkeld en ingevoerd kunnen worden in de mondzorg om de resultaten van de zorg te meten. De ICON-methodiek is hier een voorbeeld van. Dit is een outcome gerelateerde methode om het effect van een bepaalde behandeling transparant te maken.
- Daarnaast adviseert de NZa marktpartijen om hun kwaliteitsbeleid verder vorm te geven. Zo zouden bijvoorbeeld meer medisch-inhoudelijke richtlijnen opgesteld kunnen worden en zou visitatie verplicht kunnen worden gesteld.
- De NZa adviseert marktpartijen ook een voor de consument duidelijk kwaliteitskeurmerk te ontwikkelen.

Transparantie van prestatie:

- De invoering van heldere, voor de consument begrijpelijke prestatiebeschrijvingen is nodig om inzicht te geven in de geleverde zorg.

Transparantie van prijs:

- De transparantie van prijs zal deels toenemen door het transparant maken van de prestatiebeschrijvingen en het verminderen van het aantal prestaties.

In de situatie van vrije prijzen gaat de NZa de aanbieders daarnaast verplichten:

- Standaardprijslijsten openbaar te maken voor consumenten op een voor de consument makkelijk toegankelijke plek. Tevens wordt de aanbieder dan verplicht gesteld om de prijzen, op verzoek van een derde, telefonisch direct te melden dan wel binnen 48 uur per post of digitaal toe te zenden.
- De standaardprijslijsten landelijk zichtbaar te maken via een website, zoals kiesbeter.nl of een commerciële marktwebsite.
- Standaard voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van € 150 vooraf een prijsopgave te verstrekken aan de consument.
- De factuur voor ingekochte tandtechniek aan de consument te laten zien.

Prestatiebeschrijvingen

De prestaties worden landelijk vastgesteld door de NZa. Uitgangspunt daarbij is dat bij de beschrijving van de prestatie de zorg centraal staat en niet de aanbieder (functioneel omschreven zorg). Voor het vaststellen van prestaties hanteert de NZa de volgende criteria: inhoudelijke herkenbaarheid, meetbaarheid, minimaal volume, spreiding, niet manipuleerbaarheid, onderscheidbaarheid en kostenhomogeniteit. Er zijn een aantal systemen mogelijk om de prestaties te beschrijven. De NZa onderzocht het verrichtingen-, product-, diagnose-, tijdseenheid-, abonnement- en budgetstelsel. Deze varianten zijn getoetst aan de hand van criteria voor een optimale bekostigingstructuur. Gekeken is naar de effecten van elk systeem op kwaliteit, innovatie, doelmatigheid, transparantie, lastendruk, wachtlijsten en op de risico's van risicoselectie, aanbodgestuurde vraag en upcoding.

Uit deze toets komt naar voren dat het verrichtingensysteem in verhouding leidt tot de meest positieve effecten. Ook het productsysteem voldoet aan veel uitgangspunten van een bekostigingstructuur. Het abonnement-, budget- en tijdseenheidensysteem scoren relatief het minst positief. Het diagnosesysteem heeft iets minder positieve effecten dan een verrichtingensysteem of productsysteem. Vanwege het ontbreken van een (internationaal) geclassificeerde indeling van diagnoses en medisch-inhoudelijke richtlijnen over de gewenste behandeling per diagnose en doordat in praktijk per diagnose meerdere behandelingen mogelijk zijn, vindt de NZa het diagnosesysteem op dit moment ongeschikt voor de mondzorg.

De consumenten hebben in het consumentenonderzoek aangegeven behoefte te hebben aan het in heldere taal beschrijven van de prestaties, waarbij de rekening tevens voldoende inzicht biedt in de opbouw van de prijs.

Dit resultaat in combinatie met de getoetste varianten leidt er toe dat de NZa voor de mondzorg de prestaties wil beschrijven in een mix van verrichtingen en producten. Daar waar het mogelijk is om verrichtingen te clusteren tot een voor de consument herkenbaar product moet dit gebeuren. Belangrijk criterium is of de apart beschreven verrichting een meerwaarde oplevert voor de transparantie.

Voor de topreferente zorg, bijzondere tandheelkunde en AWBZ-mondzorg vindt de NZa het tijdseenheidssysteem het beste bekostigingsstelsel.

Zorgzwaarte

Als gevolg van het huidige systeem van gemiddelde prijzen hebben de zorgaanbieders op dit moment de prikkel tot risicoselectie en onderbehandeling. In de situatie van vrije prijzen kunnen de zorgaanbieders de prijzen dusdanig vaststellen dat rekening wordt gehouden met mogelijke verschillen in zorgzwaarte. Voorwaarde hierbij is dat de indeling in zorgzwaarte(s) op basis van heldere en meetbare criteria (bijvoorbeeld leeftijd) plaatsvindt en deze ook voor consumenten transparant zijn.

Om in een mogelijke situatie van vrije prijzen de transparantie voor de consument op het gebied van zorgzwaarte te verbeteren gaat de NZa de zorgaanbieders verplichten om de consument duidelijk te maken op basis van welke zorgzwaartecriteria de prijzen door de zorgaanbieder zijn aangepast (transparantie-eis). In de prestatiebeschrijvingen moet verder ruimte worden gemaakt voor preventieve zorg, non-invasieve zorg, topreferente zorg en innovatieve zorg.

Innovatie

De NZa gaat ten behoeve van innovatie:

- Evidence-based behandelingen opnemen als prestatie in de (nieuwe) lijst van prestatiebeschrijvingen.
- De prestaties die gebruikelijk zijn bij een groot deel van de zorgaanbieders (stand van praktijk) en in het belang van de consument zijn, maar nog niet evidence-based, eveneens in prestaties vatten.
- Bij dit proces van het aanpassen van prestaties aan de hand van innovaties past het tevens om de bestaande prestaties waar nodig op te schonen voor niet meer gebruikelijke ('achterhaalde') of niet-effectieve behandelingen.
- Voor innovatieve behandelingen die nog in de kinderschoenen staan kunnen zorgaanbieders lokaal experimenteren middels de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten*.
- Voor innovatieve experimenten waarop de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten* niet toepasbaar is, kan de NZa op verzoek van een (individuele) aanbieder en/of verzekeraar tijdelijk een prestatie opnemen in de prestatielijst. Gedurende deze periode moeten de effecten van de innovatieve behandeling worden onderzocht door de indiener(s) van het verzoek.

Toegevoegde waarde vrije prijsvorming

De kern van liberalisering van markten is dat prijsregulering in sectoren wellicht niet nodig en soms niet wenselijk is. Als marktspelers de hun toegedichte rol op de markt goed kunnen spelen, kan overheidsregulering verstorend werken. Het vrijgeven van gereguleerde prijzen is geen doel op zich, maar een instrument om het algemeen consumentenbelang te vergroten.

Meer marktwerking betekent ook niet dat er geen regels meer zijn, maar wel dat er andere regels zijn die meer vrijheid en flexibiliteit mogelijk maken en die de verantwoordelijkheden tussen partijen anders toedeelt. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. In plaats van het vaststellen van regels voor wat er allemaal precies moet gebeuren en op welke manier dit moet plaatsvinden, gaat het erom duidelijk te maken welke prestaties worden verwacht en welke spelregels gelden.

Het is van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden gemotiveerd om de juiste zorg te leveren aan de juiste personen op het juiste moment (goede coördinatie). Dit alles moet gebeuren tegen zo laag mogelijke transactiekosten. Wanneer er een groot risico bestaat dat het gedrag van marktspelers een goede werking van de markt belemmert kan het noodzakelijk zijn maatregelen te nemen om de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid te beschermen. De NZa gaat er vanuit dat veruit de meeste aanbieders van mondzorg intrinsiek gemotiveerd en geprikkeld worden om de beste zorg te leveren. De extrinsieke prikkels moeten zo gericht worden dat zij dit gedrag ondersteunen en versterken in plaats van afzwakken of op de proef stellen.

Voordelen van tariefregulering zijn:

- Inkomenszekerheid;
- Een lage kans op prijsstijgingen;
- Lagere transactiekosten;
- Het handhaven van bereikbaarheid;
- Beteugelen van eventuele marktmacht.

Nadelen van tariefregulering zijn:

- Gemiddelde versus individuele kosten;
- Beperkt onderscheid tussen zorgaanbieders;
- Belemmering van innovatie;
- Over/onderwinsten;
- Kruissubsidies.

Voordelen van vrije prijzen:

- Ruimte voor individuele omstandigheden, ondernemerschap en onderscheid tussen aanbieders;
- Prikkel tot kwaliteit en meer inzicht in prijs/kwaliteitverhouding;
- Meer mogelijkheden tot innovatieve zorg;
- Stimulans voor toetreding in regio's met schaarste;
- Ruimte om recht te doen aan verschillen in zorgwaarde;
- Het geeft een prikkel om de transparantie in de markt te vergroten.

Vrije prijzen kunnen leiden tot een betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De meetlat

Om te bepalen of er op een markt al dan niet ruimte is voor vrije prijzen heeft de NZa de meetlat gehanteerd die gepresenteerd is in het *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg*. In de meetlat zijn factoren opgenomen die ervoor zorgen dat de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn en het consumentenbelang is geborgd. Aan deze meetlat heeft de NZa een aantal mogelijke anticompetitieve gedragingen toegevoegd. Hiervoor is gekozen omdat anticompetitieve gedragingen veel effect kunnen hebben op de werking van de markt. Het is daarom van belang om hier vooraf een goede inschatting van te maken.

Bij de externe effecten ligt de focus op de aspecten die zich ook daadwerkelijk zouden kunnen voordoen op de verschillende marktsegmenten voor mondzorg die in dit document worden behandeld. De analyse in dit visie document geeft aan dat volgens de meetlat aan een groot aantal van de marktcondities voor vrije prijsvorming is voldaan voor de markt voor mondzorg.

Tabel 1 geeft de invulling weer van de meetlat voor de mondzorg. In de meetlat is met 'plussen' en 'minnen' aangegeven of aan een bepaalde voorwaarde voor een goed werkende markt is voldaan. Een plus moet hierbij worden geïnterpreteerd als positief voor de belangen van de consument. In de tabel is tevens aangegeven of een factor een start- of ingroecriterium is. Start- en ingroecriteria zijn beide even essentieel voor een goede werking van de markt. Wel is de rol die de NZa kan spelen bij het oplossen van eventuele risico's voor marktwerking verschillend. Bij een ingroecriterium kan het ontbreken van de juiste initiële condities worden opgelost door de markt zelf of door optreden van de NZa. Bij een startcriterium is dat minder het geval.

Voor een goede werking van de markt is het daarnaast belangrijk dat er voldoende aanbod is om uit te kiezen en dat er voldoende informatie is om een goede keuze te kunnen maken tussen aanbieders zodat de consument kan kiezen voor de aanbieder met de voor hem beste prijs-kwaliteitverhouding. Daarnaast is het van belang dat marktpartijen de werking van de markt niet belemmeren door bijvoorbeeld misbruik te maken van hun machtspositie.

Tabel 1. Ingevulde meetlat/score voor verschillende marktsegmenten in de mondzorg

		Prestaties orthodontie	Prestaties mondhygiëne	Prestaties tandprothetiek	Prestaties tandheelkunde	Start of ingroei criterium
Transparantie						
1	Heldere prestatiebeschrijvingen	±	-	-	-	Ingroei
2	De kwaliteit van de geleverde zorg is transparant	-	-	-	-	Ingroei
3	De prijs van de geleverde zorg is transparant	+	+	+	+	Ingroei
Markttoegang						
4	Voldoende aanbieders?	±	±	±	±	Start
5	Toetredingsdrempels	-	-	±	-	Start
6	De patiënt kan eenvoudig een aanbieder kiezen en van aanbieder veranderen	±	±	±	±	Ingroei
Marktgedrag partijen						
7	Prikkel voor de verzekeraar om goed in te kopen	±	±	±	±	Start
8	Prikkel voor de consument om goed in te kopen	+	±	±	+	Start
9	Marktverhoudingen	-	±	+	-	Ingroei
10	Gelijk speelveld aanbieders	-	-	-	-	Ingroei
Anticompetitieve gedragingen						
11	Te hoge prijzen	-	±	±	-	Ingroei
12	Te lage prijzen	+	+	+	+	Ingroei
13	Kartelvorming	±	±	±	±	Ingroei
14	Misbruik inkoopmacht	+	±	±	+	Ingroei
Negatieve externe effecten						

		Prestaties orthodontie	Prestaties mondhygiëne	Prestaties tandprothetiek	Prestaties tandheelkunde	Start of ingroeicriterium
15	Afwenteleffecten	+	+	+	+	Start
16	Keteneffecten	+	+	+	+	Start
17	Volume-effecten	±	±	±	±	Ingroei
18	Ongewenste zorgverschuivingen	+	+	+	+	Start
Transactie/veranderingkosten						
19	Regulerings- en veranderingskosten	+	+	+	+	Ingroei

Bron: NZa

Hieronder volgt een toelichting op de invulling van de meetlat voor de verschillende marktsegmenten.

Marktsegmenten orthodontie en tandheelkunde

Zoals uit de meetlat kan worden afgeleid voldoen de marktsegmenten orthodontie en tandheelkunde aan veel van de voorwaarden voor een goed werkende markt:

- *Voldoende aanbieders:* Op landelijk niveau is sprake van een zekere balans tussen vraag en aanbod. In een aantal regio's bestaat het risico op een tekort aan aanbieders. Bij een eventuele toename van de vraag naar mondzorg kunnen huidige aanbieders hun aanbod uitbreiden, kan substitutie plaatsvinden tussen de verschillende aanbieders van mondzorg en kunnen buitenlandse aanbieders de markt betreden (dit gebeurt nu ook al). Op lange termijn zijn er toetredingsdrempels tot de markt. Voor de opleidingen van onder andere tandartsen, mondhygiënist en orthodontisten geldt een formele beperking van de instroom.
- *Prikkels consument:* De consument heeft in theorie een sterke prikkel om scherp in te kopen en op de prijs te letten omdat hij vaak een groot deel van de (vaak aanzienlijke) kosten van de behandeling zelf moet betalen. Deze prikkel is afhankelijk van de verzekeringspolis die hij kiest, maar de meeste polissen kennen een vorm van eigen bijbetaling.
- *Anticompetitieve gedragingen:* Het risico op te lage prijzen is beperkt. Aanbieders beschikken niet over voldoende financiële middelen om hun concurrenten langdurig uit de markt te drukken. Het risico op collusie is beperkt, maar wel aanwezig. Het risico op misbruik van inkoopmacht is zeer beperkt aanwezig. Dit komt vooral doordat voor de zorg die door orthodontisten en tandartsen wordt geleverd geen sprake is van een inkooprelatie met een verzekeraar. Voor de zorg die onder de basisverzekering valt is de verzekeraar daarnaast gebonden aan zijn zorgplicht. De kans op anticompetitieve gedragingen wordt verder structureel beperkt omdat de NZa en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) de markt monitoren en over instrumenten beschikken om eventuele ongewenste gedragingen te corrigeren.
- *Externe effecten:* De kans op negatieve externe effecten bij het vrijgeven van prijzen is gering. Door de prestatie centraal te stellen is het risico op afwenteleffecten miniem. De kans op negatieve keteneffecten is ook klein. De introductie van vrije prijsvorming geeft een stimulans om meer samen te werken. De kans op volume-effecten is aanwezig. Dit is echter ook het geval onder de huidige prijsregulering. De introductie van vrije prijsvorming vergroot de kans op volume-effecten naar verwachting niet.

- Er bestaat geen risico op ongewenste zorgverschuivingen in deze markt als de prijzen voor de gehele markt worden vrijgegeven.
- *Lastendruk- en veranderingskosten:* De lastendruk is groter in een systeem met regulering dan in een systeem van vrije prijsvorming. De introductie van vrije prijsvorming leidt wel tot een beperkte toename van de lastendruk. Dit zijn echter incidentele kosten. Structureel verdwijnen de kosten die verbonden zijn aan de tarifiering. De transactiekosten kunnen wel toenemen. Deze laatste hangen samen met eventuele onderhandelingen over contracten. Als de aanbieders van mondzorg geen contractrelatie aangaan met verzekeraars zullen deze kosten zich aan de aanbieders kant niet voordoen. Daarnaast moeten de baten van vrije prijsvorming in ogenschouw worden genomen. Het gaat daarbij om aspecten zoals: meer mogelijkheden om in kwaliteit te investeren, meer variatie in het aanbod, klantgericht werken, de mogelijkheid om beter in te spelen op regionale omstandigheden en betere prikkels om efficiënt te werken.

Knelpunten

Hoewel aan een groot aantal voorwaarden voor vrije prijzen is voldaan, zijn er ook een aantal knelpunten die een goede werking van de markt in de weg staan. De belangrijkste hiervan zijn de machtspositie van vooral tandartsen op dit marktsegment en de borging en transparantie van kwaliteit. Daarnaast zijn er voor verzekeraars beperkte prikkels en mogelijkheden om prestaties voor orthodontie en tandheelkunde in te kopen. Voor een goede werking van de markt hoeft dit laatste aspect geen probleem te zijn als de consument zelf kritisch inkoop.

- *Kwaliteit:* De minimum kwaliteit op dit marktsegment is nu niet voldoende geborgd. De rol van de IGZ is hierbij van groot belang. Het beleid vanuit de sector om de kwaliteit te borgen is nu te vrijblijvend, maar wel in ontwikkeling. Voor bepaalde deelmarkten binnen de tandheelkunde, zoals implantologie¹, is de kwaliteit beter geborgd vanwege verplichte herregistratie middels visitatie voor leden van de beroepsgroep.
- *Transparantie:* De kwaliteit van de geleverde zorg tussen verschillende aanbieders is niet transparant. Daarnaast is het voor de consument vooraf vaak niet duidelijk waar hij voor een bepaalde behandeling heen moet.
- *Marktverhoudingen:* De verzekeraar beschikt op dit moment niet over een goede onderhandelingspositie op het marktsegment voor orthodontie en tandheelkunde. Hetzelfde geldt voor de consument.
- *Prikkels verzekeraars:* Verzekeraars ervaren op dit moment beperkte prikkels om goed in te kopen. Zij ervaren op dit moment ook een (beperkte) prikkel om op de prijs van de ingekochte zorg te letten. Daarnaast is er een kans dat er voor de verzekeraars geen grote inkooprol is weggelegd als er geen contracten worden gesloten tussen aanbieders en verzekeraars op deze markt. Het wordt voor hen dan moeilijker om direct eventuele efficiëntiewinsten bij deze aanbieders af te dwingen. Via de vormgeving van hun polissen (eigen bijdragen) kunnen ze wel consumenten prikkelen om scherp in te kopen.
- *Anticompetitieve gedragingen:* Het risico op te hoge prijzen in dit marktsegment is aanwezig. Landelijk gezien is er geen tekort aan aanbieders en kan vrije prijsvorming voor meer dynamiek op de markt zorgen doordat het aanbod beter kan inspelen op de vraag naar mondzorg. Dit beperkt het risico op te hoge prijzen.

¹ Dit geldt alleen voor implantologen die zijn aangesloten bij de NVOI (Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie).

Het is echter niet zeker of verzekeraars of consumenten hun rol als kritische inkooprelatie kunnen/zullen vervullen. Er bestaat een kans dat net als in de huidige situatie de verzekeraar geen directe inkooprelatie heeft met de orthodontist en de tandarts. Als dit het geval is kan hij geen invloed uitoefenen op de hoogte van de prijs. Het is daardoor belangrijk dat de consument de rol van kritische inkooprelatie op zich neemt. Het is echter niet zeker of de consument in staat is om prijsconcurrentie in dit marktsegment af te dwingen.

- *Ongelijk speelveld:* Het is niet waarschijnlijk dat orthodontisten, mondhygiënisten en tandprotheticen en tandartsen op een gelijke manier met elkaar kunnen concurreren. De tandarts is vaak het directe aanspreekpunt voor de patiënt en heeft voor sommige prestaties een doorverwijsfunctie. Hij kan beslissen of hij de patiënt zelf wil behandelen of dat hij de patiënt doorverwijst. De tandarts beschikt daarom over een betere marktpositie dan de andere aanbieders. Het is echter de vraag of dit erg is. Dit is alleen het geval als de tandarts verrichtingen gaat doen die beter door andere aanbieders kunnen worden verricht.

Marktsegment mondhygiënische en tandprothetische zorg

Uit de meetlat blijkt dat de marktsegmenten mondhygiëne en tandprothetiek aan veel van de voorwaarden voor een goed werkende markt voldoen:

- *Voldoende aanbieders:* Op landelijk niveau is sprake van een zekere balans tussen vraag en aanbod. Bij een eventuele toename van de vraag naar mondhygiëne (mogelijke schaarste) kunnen huidige aanbieders hun aanbod uitbreiden (veel mondhygiënisten werken parttime), kan substitutie plaatsvinden tussen de verschillende aanbieders van mondzorg (tandartsen die zich bijvoorbeeld gaan richten op prestaties die door mondhygiënisten en tandprotheticen worden aangeboden) en kunnen buitenlandse aanbieders de markt betreden. Op lange termijn geldt dat sprake is van toetredingsdrempels tot de markt. Voor de opleidingen van mondhygiënist geldt een instellingsfixus en de opleiding tot tandprotheticus is particulier gefinancierd. De overheid kan in anticipatie op verwachte schaarste op de markt wel het aantal opleidingsplaatsen uitbreiden, maar zij zal nooit helemaal goed kunnen inspelen op veranderingen in marktontwikkelingen omdat deze met onzekerheid zijn omgeven.
- *Marktverhoudingen:* Op de marktsegmenten voor mondhygiënische en tandprothetische zorg beschikt de verzekeraar op dit moment over een goede onderhandelingspositie.
- *Prikkels consument:* De consument ervaart in theorie een prikkel om goed in te kopen en op de prijs te letten omdat hij vaak een deel van de behandeling zelf moet betalen. Voor die behandelingen (zoals de volledige gebitsprothese) die helemaal door de basisverzekering worden gedekt is deze prikkel minder.
- *Anticompetitieve gedragingen:* Het risico op te hoge prijzen is beperkt. Verzekeraars beschikken over voldoende inkoopmacht en er is op dit moment geen schaarste op de markt. Het risico op te lage prijzen is ook beperkt. Aanbieders beschikken niet over voldoende financiële middelen om hun concurrenten uit de markt te drukken. Het risico op collusie is beperkt, maar wel aanwezig. Het risico op misbruik van inkoopmacht is ook beperkt. Verzekeraars beschikken over een zekere mate van inkoopmacht. Aan de ene kant ervaren zij geen prikkel om goed in te kopen omdat de consument niet op de ingekochte zorg kan letten (vanwege een gebrek aan transparantie). Hierdoor bestaat een risico op misbruik van inkoopmacht. Anderzijds zijn de kosten, de financiële schadelast voor verzekeraars, voor deze prestaties beperkt en daarmee de prikkels om scherp in te

kopen. De kans op anticompetitieve gedragingen wordt verder beperkt omdat de NZa en de NMa de markt monitoren en over instrumenten beschikken om eventuele ongewenste gedragingen te corrigeren.

- *Externe effecten:* Zie omschrijving bij marktsegment orthodontie en tandheelkunde.
- *Lastendruk- en veranderingskosten:* Zie omschrijving bij marktsegment orthodontie en tandheelkunde.

Knelpunten

Naast de voorwaarden waaraan de markt voldoet zijn er ook een aantal knelpunten die een goede werking van de markt in de weg staan. De belangrijkste hiervan zijn de beperkte prikkels voor consumenten en verzekeraars om goed in te kopen, het ongelijke speelveld met de tandarts en het gebrek aan transparantie op de markt op het gebied van kwaliteit.

- *Kwaliteit:* De minimum kwaliteit is niet voldoende geborgd. Zie ook omschrijving bij marktsegment orthodontie en tandheelkunde. De rol van de IGZ is op dit punt ook van groot belang. Tandprothetici die zijn aangesloten bij de beroepsvereniging moeten wel verplichte cursussen volgen en worden gevisiteerd om in aanmerking voor herregistratie van hun lidmaatschap te komen.
- *Transparantie:* De kwaliteit van de geleverde zorg is niet transparant. Hierdoor is het voor verzekeraars en consumenten moeilijk om aanbieders met elkaar te vergelijken en een aanbieder te kiezen. Daarnaast is het voor de consument niet transparant bij welke aanbieder hij voor een bepaalde prestatie terecht kan als verschillende aanbieders een soortgelijke prestatie leveren.
- *Prikkel verzekeraar:* De prikkel voor de verzekeraar om goed in te kopen is beperkt, behalve voor de zorg die valt onder de basisverzekering. De verzekeraar beschikt wel over goede mogelijkheden om aan sturing te doen.
- *Ongelijk speelveld:* Zie omschrijving bij marktsegment orthodontie en tandheelkunde.

Advies: experiment met vrije prijsvorming

Het vrijgeven van prijzen geeft verzekeraars en aanbieders meer vrijheden om klantgericht te werken. Zo krijgen partijen bijvoorbeeld ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant, ontstaan meer mogelijkheden voor innovatie en ondernemerschap en kan recht worden gedaan aan verschillen in zorgzwaarte. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich met deze producten en diensten ook beter van elkaar onderscheiden. Bovendien komen in een vrije markt schaarsteverhoudingen beter tot uitdrukking. Bij regionale tekorten kan dit leiden tot nieuwe toetreders waardoor de toegankelijkheid van de markt verbetert. Ook geeft het een prikkel om de transparantie in de markt te vergroten, waardoor de concurrentiedruk tussen aanbieders kan stijgen en er sterkere prikkels zijn om efficiënt te opereren. Deze prikkels en mogelijkheden zijn beperkt onder een regime van prijsregulering.

Het vrijgeven van gereguleerde prijzen is dus geen doel op zich, maar een instrument om het algemeen consumentenbelang te vergroten.

Meer marktwerking betekent ook niet dat er geen regels meer zijn, maar wel dat er andere regels zijn die meer vrijheid en flexibiliteit mogelijk maken en die de verantwoordelijkheden tussen partijen anders toedeelt. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. In plaats van het vaststellen van regels voor wat er allemaal precies moet gebeuren en op welke manier dit moet plaatsvinden, gaat het erom duidelijk te maken welke prestaties worden verwacht en welke spelregels gelden.

Over de mate waarin vrije prijsvorming op de markt voor mondzorg het consumentenbelang goed kan borgen bestaat echter wel onzekerheid. De belangrijkste risico's zijn hierbij het gebrek aan transparantie, mogelijke regionale schaarste (toetredingsdrempels), de doorverwijsrol van de tandarts en de inkooprol van de consument.

Advies

Het voorstel van de NZa is daarom om middels een experiment de tarieven voor mondzorg voor een periode van vijf jaar vrij te geven. Via dit experiment kan inzicht verkregen worden in de gevolgen van vrije prijsvorming.

De vormgeving van een experiment moet na een aanwijzing van de Minister nader uitgewerkt worden in overleg met marktpartijen. Hierbij kan onder andere stilgestaan worden bij de concrete inrichting van de monitors (inclusief nulmeting) en situaties waarin het experiment stop wordt gezet en wanneer de prijzen voor de mondzorg definitief worden vrijgegeven. Als tijdens of na het experiment geconstateerd wordt dat het consumentenbelang wordt geschaad, kan ook besloten worden om het experiment te stoppen en de tarieven opnieuw te gaan reguleren.

Zoals hierboven aangegeven gaat het vrijgeven van de prijzen in de mondzorg gepaard met een aantal risico's. Een experiment biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de vraag hoe de prijzen, kwaliteit en toegankelijkheid zich zullen ontwikkelen in een vrije marktomgeving. Voordat de consument of verzekeraar kritisch kan gaan inkopen moet de transparantie op het gebied van kwaliteit, prestaties en prijs wel voldoende zijn. Hieraan dient gewerkt te worden in de voorfase van het experiment.

Randvoorwaarden

De NZa stelt de volgende randvoorwaarden aan invoering van vrije prijzen in de totale mondzorg door middel van een experiment:

- Transparantie van kwaliteit: Kwaliteitsindicatoren zijn nodig waarmee de consumenten (en verzekeraars) de door aanbieders geleverde prestaties kunnen vergelijken. Het Programma Zichtbare Zorg is samen met marktpartijen gestart met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren mondzorg. Er dienen minimaal een aantal betekenisvolle stappen te zijn gezet om kwaliteitsindicatoren openbaar toegankelijk te maken voor consumenten door de betrokken partijen voorafgaand aan het experiment met vrije prijzen mondzorg. Hiermee wordt bedoeld dat er gewerkt wordt aan het ontwikkelen van indicatoren en dat er voortgang zichtbaar is.
- Transparantie van prestatie: De NZa moet heldere prestatiebeschrijvingen hebben opgesteld en deze moeten zijn ingevoerd.
- Transparantie van prijs: Voor de start van het experiment moet de verplichting zijn opgelegd aan aanbieders om de standaardprijzlijsten openbaar te maken voor consumenten op een voor de consument makkelijk toegankelijke plek en moet de verplichting zijn opgelegd om standaard voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van € 150 een prijsopgave te verstrekken.

Daarnaast is de verplichting opgelegd om de factuur voor ingekochte tandtechniek aan de consument te laten zien. De standaardprijzlijsten worden, zo snel mogelijk na de start van het experiment, landelijk zichtbaar gemaakt via een website. Tevens is de verplichting opgelegd dat wanneer de zorgaanbieder in prijs differentieert naar zorgzwaarte en de daarvoor gehanteerde criteria aan de consument helder worden gemaakt.

- De consumenten moeten verder goed zijn voorbereid op de situatie van vrije prijzen (empowerment), bijvoorbeeld via een publiekscampagne. Aanbieders en verzekeraars moeten daarnaast ook goed zijn voorbereid.
- Tot slot is een tijdige beslissing van de Minister over het experiment een voorwaarde.

Startdatum experiment

Vanwege de gestelde randvoorwaarden gaat de NZa er van uit dat de uiterste startdatum van het experiment 1 januari 2011 is. Dit betekent echter niet dat 1 januari 2010 als startdatum niet mogelijk is. Dit geldt met name voor de deelmarkt orthodontie die op een aantal gestelde randvoorwaarden vooruit loopt. Zowel voor de deelmarkt orthodontie als voor de gehele mondzorgmarkt is de NZa bereid mee te werken aan invoering van het experiment per 1 januari 2010. De Minister moet dan wel voor 1 juli 2009 een beslissing hebben genomen. Dit scenario is echter niet reëel zonder medewerking van de sector. Op alle randvoorwaarden zullen marktpartijen, consumentenorganisaties, IGZ en NZa gezamenlijk een forse inspanning moeten leveren. Alleen in dat geval is het mogelijk dat de NZa prestatiebeschrijvingen voor 1 oktober 2009 kan vaststellen en invoeren voor 1 januari 2010 (inclusief ICT-systemen), kan flinke vooruitgang worden geboekt bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en kunnen zodoende consumenten, aanbieders en verzekeraars zich voorbereiden op het experiment.

Vormgeving experiment

In het experiment worden voor heel Nederland de prijzen van alle prestaties in de mondzorg vrijgegeven voor de periode van vijf jaar.

Mocht bij tussentijdse monitoring blijken dat het algemeen consumentenbelang wordt geschaad dan kan het vrijgeven van de tarieven worden teruggedraaid en stelt de NZa opnieuw tarieven vast voor de mondzorg. Het algemeen consumentenbelang kan bijvoorbeeld geschaad worden als er ongewenste of onverklaarbare prijsstijgingen optreden, de toegankelijkheid in gevaar komt of de kwaliteit van zorg verslechterd. Voor 1 januari 2015 moet besloten worden of het experiment verlengd wordt, of dat de prijzen definitief worden vrijgegeven. Bij dit besluit is wederom het algemeen consumentenbelang leidend. Tussentijdse monitoring is hierbij van essentieel belang.

De NZa is tegen het afgeven van een referentietarief tijdens het experiment met vrije prijzen. Dit is immers een vorm van tariefregulering, wat geen recht doet aan de dynamiek in de markt en marktversturend kan werken. Daarnaast bestaat het risico dat een referentietarief in de praktijk gaat functioneren als een minimumtarief hetgeen onwenselijk is voor de consument. De NZa ziet op basis van de analyse geen reden om de tarieven te blijven reguleren. Om de mogelijke risico's van vrije prijzen in te perken is een experiment met vrije prijzen en intensieve monitoring voorgesteld. Om de consument een prijsvergelijkingsinstrument te bieden adviseert de NZa om de standaardprijzlijsten, zo snel mogelijk na de start van het experiment, landelijk zichtbaar te maken via een website.

Reikwijdte vrije prijzen

Met het vrijgeven van de prijzen van de totale markt worden ook de prijzen van bijzondere tandheelkunde en andere zorg die vergoed wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), zoals de jeugdmondzorg en complexe orthodontische zorg, net als de AWBZ mondzorg vrij.

Vanuit marktwerkingsperspectief is het onderscheid tussen basisverzekering Zvw/AWBZ en aanvullende verzekering/niet-verzekerde zorg niet relevant voor de analyse of vrije prijzen mogelijk zijn. Het feit dat een deel van de mondzorg vergoed wordt is op zichzelf geen reden om de prijzen te reguleren. Voor de analyse of een markt geschikt is voor vrije prijzen zijn de criteria in de meetlat leidend.

Deze analyse is voor de mondzorg in principe gelijk voor verzekerde en niet-verzekerde zorg. De toegankelijkheid van de zorg aan risicogroepen wordt geborgd doordat deze zorg vergoed wordt vanuit de Zvw of AWBZ. Daarnaast hebben de verzekeraars juist voor de verzekerde mondzorg zorgplicht en daarmee een sterke prikkel om zorg voor een goede prijs/kwaliteitverhouding in te kopen. Het consumentenbelang wordt hier vertegenwoordigd door de verzekeraar. In de niet-verzekerde mondzorg is het risico aanwezig dat de consumenten geen invulling kunnen geven aan hun rol als zorginkoper; dit risico is minder relevant voor de verzekerde mondzorg vanwege de inkopende verzekeraar. Dit betekent dat de analyse op basis van de meetlat zelfs positiever is voor de verzekerde zorg dan voor de niet-verzekerde zorg en juist eerder een reden om de prijzen vrij te laten. De aanbodkant voor de Zvw/AWBZ-zorg geeft daarnaast geen aanleiding om de prijzen niet vrij te geven. Er zijn geen aparte toetredingsbelemmeringen voor deze zorg en in principe kan elke tandarts deze zorg leveren. Tot slot geven vrije prijzen de aanbieders en verzekeraars een middel in handen om de hogere zorgzwaarte van de zorg aan patiënten met een verhoogd risico te verdisconteren in de individuele prijzen, net zoals rekening kan worden gehouden met lokale omstandigheden. Daarnaast bieden vrije prijzen meer mogelijkheden om te investeren in kwaliteit en innovatie, wat juist voor deze complexe zorg noodzakelijk is.

AWBZ mondzorg

Met het landelijk vrijgeven van de prijzen mondzorg worden in het experiment de honoraria per werkbaar uur voor zorgaanbieders die patiënten behandelen die verblijven of behandeld worden in een AWBZ-inrichting ook vrij, net als de reiskosten van de zorgaanbieder van en naar de instelling en de eventueel gemaakte techniekkosten. Deze behandelingen kunnen immers ook in reguliere praktijken plaatsvinden. De kosten voor de patiënten met indicatie voor de functies behandeling en verblijf in één en dezelfde instelling blijven gereguleerd via de instellingsbudgetten AWBZ.

Bijzondere tandheelkunde

Vanwege het advies van vrije prijzen voor de totale markt is het de vraag of het in stand houden van deze beperkte regulering niet een belemmering oplevert voor de bijzondere tandheelkunde. Deze bijzondere zorg wordt immers niet alleen in centra bijzondere tandheelkunde verricht, maar ook in reguliere praktijken. De risico's van zorgverschuiving en kruissubsidiëring zijn dan aanwezig. Vrije prijsvorming voor deze zorg geeft een impuls voor innovatie en kwaliteit en geeft ruimte om te differentiëren naar zorgzwaarte. Vanwege de vergoeding van bijzondere tandheelkunde vanuit de Zvw verwacht de NZa dat verzekeraars deze zorg scherp blijven inkopen. Het risico op het stijgen van de macroprijzen voor bijzondere tandheelkunde acht de NZa daarom beperkt.

De NZa adviseert om, als de prijzen landelijk voor de totale mondzorg worden vrijgegeven, dit tevens te doen voor de bijzondere tandheelkunde voor reguliere praktijken en voor centra bijzondere tandheelkunde.

Jeugdmondzorg

Met het vrijgeven van de prijzen voor de gehele mondzorg worden ook de prijzen voor de jeugdmondzorg vrijgegeven. Met een dergelijk systeem van vrije prijzen en de mogelijkheid om te differentiëren in tarief al naar gelang de zorgzwaarte, zijn de bestaande risicotoeslagen en toeslagen voor de haal en/of brengservice voor instellingen voor jeugdtaandverzorging niet langer nodig. Deze instellingen kunnen, op basis van de kosten en de zorgzwaarte van hun patiëntenpopulatie, de benodigde prijzen per prestatie zelf vaststellen.

Tandtechniek in eigen beheer

Tot slot, adviseert de NZa om ook de tarieven voor tandtechniek in eigen beheer vrij te geven. De belangrijkste reden hiervoor is het creëren van een gelijk speelveld voor de aanbieders van tandtechniek.

Flankerend beleid

Ten behoeve van flankerend beleid sluit de NZa af met een aantal specifieke adviezen:

- De NZa adviseert om te onderzoeken of de herziening van de bekostigingstructuur mondzorg aanleiding geeft om het basispakket Zorgverzekeringswet met betrekking tot mondzorg aan te passen. Specifieke aanleiding hiertoe is het beschrijven van prestaties op het gebied van preventie die voor de jeugdigen onderdeel zal moeten worden van de inhoud van het basispakket. Ook de andere, nieuwe prestatiebeschrijvingen kunnen aanleiding zijn om de inhoud of omvang van het basispakket te herzien. Met dit advies wordt niet bedoeld om de inhoud en omvang van het huidige pakket Zvw te verkleinen. De intentie van het advies is om het pakket aan te laten sluiten bij de vernieuwde prestaties.
- De NZa adviseert nader onderzoek te verrichten naar de middelen die de GGD'en en consultatiebureaus ter beschikking staan voor tandheelkundige voorlichting, de effectiviteit die daarmee bewerkstelligd kan worden en eventuele verbeteringen die mogelijk zijn. De NZa adviseert dit in samenhang te bezien met de nieuwe Wet Publieke Gezondheid (opvolger van de WCPV).
- De NZa pleit voor afschaffing van de instroombeperving voor de opleiding tandheelkunde, orthodontie en mondhygiëne en het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen. Tegelijkertijd met het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen kan nagedacht worden over een andere vormgeving van de bekostiging.
- Bij het functioneel beschrijven van de prestaties is er in praktijk een ongelijkheid bij de uitvoering van dezelfde prestatie door meerdere typen aanbieders. Tandartsen en orthodontisten zijn tuchtrechtelijk aansprakelijk (art. 3 Wet BIG); mondhygiënist en tandprotheticus zijn alleen civiel- of strafrechtelijk aansprakelijk (art. 34 Wet BIG). De NZa adviseert dit onderscheid in tuchtrechtelijke aansprakelijkheid mee te nemen bij de (eventuele) aanpassing van de Wet BIG.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding visiedocument

De NZa² heeft een belangrijke taak in het maken en bewaken van goed werkende zorgmarkten en het versterken van de positie van de consument³ op de vraaggestuurde markt. In dit kader onderzoekt de NZa, in opdracht van de Minister van VWS of de bestaande bekostigingstructuur voor de mondzorg aanpassing behoeft om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de mondzorg te borgen en waar mogelijk te verbeteren⁴.

Hierbij vraagt het ministerie van VWS vooral rekening te houden met:

- de bestaande en toekomstige taakherschikking binnen de mondzorg, waarbij een verschuiving plaatsvindt van dagelijkse, routinezorg van de tandarts naar de mondhygiënist, de tandprotheticus en hulpkrachten;
- de toenemende variëteit en complexiteit van de tandheelkunde zoals de tandarts die bedrijft en de noodzaak om bijbehorende tarieven of prestaties te ontwikkelen;
- het grotere aandeel van preventie binnen de mondzorg en het belang om de uitvoering hiervan te bevorderen;
- het creëren van een evenwichtige vergoedingenbasis voor instellingen voor georganiseerde jeugdtandverzorging;
- toepasbaarheid van vrije prijsvorming voor daarvoor in aanmerking komende verrichtingen.

Het beheersen van de macrokosten mondzorg is niet de aanleiding van de opdracht van de Minister. Een bekostigingstructuur moet kwaliteit, innovatie en doelmatigheid van zorg stimuleren, transparant zijn voor consumenten, aanbieders en verzekeraars⁵ en tot een zo minimaal mogelijke lastendruk⁶ leiden. Een belangrijke vraag hierbij is in hoeverre de bekostiging voor mondzorg overheidsregulering behoeft om het consumentenbelang te borgen. Gereguleerde marktwerking is het uitgangspunt. De NZa streeft naar zo veel mogelijk individuele vrijheidsgraden bij consumenten en marktpartijen. Hierbij wordt expliciet gekeken naar de mogelijkheid van vrije prijsvorming op de markt voor mondzorg.

² In bijlage 1 is een lijst van de in dit document gebruikte afkortingen opgenomen. In bijlage 2 zijn definities vermeld.

³ In aansluiting bij de terminologie in de Wmg wordt in dit visiedocument gesproken over 'consumenten'. Bedoeld wordt hiermee mede wat in andere kaders wordt aangeduid als 'cliënten' of 'patiënten', in zowel de care als de cure.

⁴ Bekostigingstructuur duidt op de wijze waarop prestaties en tarieven voor de betreffende (deel)markt tot stand komen. Het betreft uitdrukkelijk niet het verzekeringstelsel.

⁵ Ziektekostenverzekeraars zijn volgens de Wmg zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en particuliere ziektekostenverzekeraars.

⁶ Lastendruk bestaat uit administratieve lasten (kosten voor zorgaanbieders en verzekeraars om te voldoen aan de inhoudelijke informatieverplichtingen die voortvloeien uit de regels van de NZa) en inhoudelijke nalevingskosten (kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen die voortvloeien uit de regels van de NZa).

1.2 Doel rapport

Het visiedocument is een advies van de NZa aan de Minister van VWS over de mogelijkheid voor vrije prijsvorming in (deelmarkten van) de mondzorg. Als de Minister het advies qua vrije prijsvorming overneemt, wordt deze verandering door de NZa, in overleg met marktpartijen, verder ontwikkeld, geïmplementeerd en gedurende het veranderingsproces geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Na vijf jaar vindt een eindevaluatie plaats van het besluit. Daarnaast bevat dit document een visie op verbeteringen voor de bekostigingstructuur mondzorg wat betreft transparantie en prestatiebeschrijvingen. Voor de uitvoering van deze verbeteringen heeft de NZa een zelfstandige bevoegdheid, wat betekent dat de NZa deze verbeteringen, in overleg met marktpartijen, gaat uitvoeren.

1.3 Afbakening markt voor mondzorg in visiedocument

Dit visiedocument richt zich op de bekostigingstructuur van de totale markt voor mondzorg, met uitzondering van de zorg die geleverd wordt door kaakchirurgen in instellingen voor medisch-specialistische zorg⁷. Voor deze zorg loopt een traject om DBC-achtige producten te ontwikkelen, zodat de kaakchirurgische zorg zo veel mogelijk aansluit bij de bestaande bekostigingsystematiek van instellingen voor medisch-specialistische zorg.

De bijzondere tandheelkunde viel in eerdere fasen van dit project buiten de reikwijdte van het project, maar door voortschrijdend inzicht op het gebied van vrije prijsvorming voor de totale mondzorg is het noodzakelijk ook de bekostiging van bijzondere tandheelkunde mee te nemen in de visie. Onder andere omdat de bijzondere tandheelkunde ook in reguliere praktijken wordt uitgevoerd (zie hoofdstuk 4).

De bekostiging van tandtechniek gemaakt en geleverd door tandtechnische ondernemingen valt buiten de reikwijdte van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)⁸ en daardoor buiten de reikwijdte van dit visiedocument. De bekostiging van tandtechniek die in eigen beheer is gemaakt door tandartsen, orthodontisten, tandprothetici en mondhygiënisten valt wel onder de reikwijdte van de Wmg en daardoor wel binnen dit visiedocument.

1.4 Informatiebronnen

De NZa heeft op basis van interviews met marktpartijen, brainstormsessies en literatuur twee consultatiedocumenten geschreven die op 19 december 2007 zijn gepubliceerd. Het betreft de consultatiedocumenten *Herziening bekostigingstructuur mondzorg en Mogelijkheden voor vrije prijsvorming in de mondzorg*. Marktpartijen en andere belangstellenden is de gelegenheid geboden te reageren op de consultatiedocumenten.

⁷ Ziekenhuizen en ZBC's.

⁸ Reikwijdte Wmg: 1) Zorg als omschreven bij of krachtens de Zvw/AWBZ. 2) of handelingen zoals bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), voor zover uitgevoerd, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid, door personen ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van die wet of door personen als bedoeld in artikel 34 van die wet en voor zover die handelingen niet zijn begrepen onder 1.

Alle partijen zijn tevens uitgenodigd om hun reactie op beide documenten toe te lichten tijdens een gezamenlijke consultatiebijeenkomst op 24 april 2008. De hoge opkomst en vele reacties gaven blijk van grote betrokkenheid en inzet. Daarna hebben aanvullende gesprekken met deskundigen en enkele partijen plaatsgevonden, onder andere over de jeugdmondzorg en een expertbijeenkomst over vrije prijzen. Daarnaast heeft de NZa, na afstemming met de Consumentenbond, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), een onderzoek onder consumenten uitgevoerd naar de ervaren en gewenste transparantie mondzorg.

Door de sector is met grote belangstelling gereageerd op de consultatiedocumenten. Er zijn 42, vaak zeer uitgebreide, reacties ontvangen, van marktpartijen, wetenschappelijke verenigingen, overheidsorganisaties en individuele aanbieders. Elke reactie heeft tot heroverweging van de ideeën in de consultatiedocumenten geleid, tot aanvullende inzichten en mogelijkheden en tot het aanpassen van de feitelijke gegevens. Zaken die bijvoorbeeld meegewogen zijn bij de totstandkoming van dit visiedocument zijn:

- verbeteringen ten behoeve van de marktbeschrijving;
- het voorstel om regio-experimenten met vrije prijzen voor een aantal deelmarkten te heroverwegen;
- het voorstel om de gehele markt voor mondzorg vrij te geven;
- het voorstel om in een situatie van vrije prijzen met adviestarieven of referentieprijzen te werken;
- de uitkomsten van het consumentenonderzoek naar de transparantiebehoefte van de consument;
- het voorstel om de prijzen van de zorg die onder de Zorgverzekeringswet/AWBZ valt en/of de zorg aan risicogroepen niet vrij te laten;
- de effecten van verschillende varianten voor het beschrijven van prestaties en tarieven te heroverwegen;
- het aanscherpen van de passages over inkoopmacht;
- het voorstel om ruimte te maken voor topreferente zorg;
- het voorstel om het advies over flankerend beleid aan te scherpen.

Het conceptvisiedocument is met de vaste leden van de Adviescommissie Cure Vrije beroepen en met de consumentenorganisaties besproken. Tevens hebben de verenigingen van jeugdmondzorg en bijzondere tandheelkunde de gelegenheid gekregen om te reageren. Dit heeft geleid tot een aantal verduidelijkingen en aanscherpingen in het definitieve document.

1.5 Opbouw visiedocument

Hoofdstuk 2 geeft een korte beschrijving van de markt voor mondzorg. Vervolgens komt de huidige en gewenste transparantie voor de markt in hoofdstuk 3 aan bod. Hoofdstuk 4 gaat in op de mogelijkheden voor vrije prijsvorming in de mondzorg, waarna hoofdstuk 5 in gaat op het beschrijven van prestaties. Hoofdstuk 6 gaat in om het monitoren van de markt. Het document sluit af met een concluderend advies (hoofdstuk 7). In de bijlagen zijn de gebruikte afkortingen en definities opgenomen.

2. De markt voor mondzorg

Dit hoofdstuk beschrijft de markt voor mondzorg. Het doel hiervan is het weergeven van de hoofdlijnen van deze zorgmarkt en zo een algemeen beeld van de sector te schetsen. Eerst wordt kort besproken wat mondzorg is. Vervolgens komen de zorgvraag en (ontwikkelingen in) zorgaanbod en de keuze- en overstapmogelijkheden van de consument aan bod. Ten slotte wordt een beeld gegeven van de huidige regulering van de markt voor mondzorg. In mededingingstechnische zin heeft in dit document geen marktafbakening plaatsgevonden.

2.1 Mondzorg

Wat is mondzorg? Mondzorg bestrijkt de gehele tandheelkundige gezondheidszorg en is gericht op het bereiken en handhaven van een optimale functionaliteit van de mond en de directe omgeving, zoals wangen en kaakgewricht. Mondzorg bestaat uit regelmatige screening, professionele preventie, ondersteuning en curatie⁹. Deze zorg wordt geleverd door tandartsen algemeen practici¹⁰, mondhygiënist, tandprothetici, tandtechnici en door tandartsspecialisten in de dento-maxillaire orthopaedie (orthodontisten) en tandartsspecialisten in de mondziekten en kaakchirurgie (kaakchirurgen)^{11 12}. Deze aanbieders worden geassisteerd door meerdere typen assistenten, zoals tandartsassistenten en preventieassistenten. Mondzorg wordt ten dele geleverd in instellingen voor jeugdtandverzorging, centra bijzondere tandheelkunde, AWBZ-instellingen en instellingen voor medisch-specialistische zorg.

Het document richt zich op de prestaties die door tandartsen, orthodontisten, mondhygiënist en tandprothetici kunnen worden geleverd. Hierbij wordt de functionele benadering van de Wmg en Zorgverzekeringswet (Zvw) toegepast.

2.2 De vraag naar mondzorg

Leefomstandigheden hebben een grote invloed op het vóórkomen van gebitsziekten, de preventie van ziekten en de vraag naar zorg. Door de (toegenomen) welvaart en toename van behandeltechnieken zijn de mogelijkheden voor het verlenen van mondzorg uitgebreid. In het algemeen vertoont het aantal gebitsziekten gemiddeld een dalende lijn en de verzorgingsgraad van het gebit is toegenomen. Bij bepaalde groepen patiënten neemt het aantal gebitsziekten toe. Zo lijkt de mondgezondheid van jeugdigen tot vijftien jaar niet verder te verbeteren en zelfs te tenderen naar een verslechtering¹³. De belangrijkste bedreigingen van de mondgezondheid zijn cariës, tanderosie en parodontopathieën.

⁹ Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM.

¹⁰ De tandarts kan zich differentiëren op het gebied van de implantologie, parodontologie, endodontologie, pedodontologie en gnathologie. Verder kunnen aanbieders zich bijvoorbeeld verdiepen in de gebieden maxillo-faciale prothetiek, angstbegeleiding en geriatrische tandheelkunde.

¹¹ KPMG. (2002). De markt voor mondzorg.

¹² Het tandartsspecialisme mondziekten en kaakchirurgie is de laatste jaren in verdere ontwikkeling en is uitgebreid met het gebied van de aangezichtschirurgie.

¹³ Abbink, E.J.A.A., & Den Dekker, J. (2007). Signalement Mondzorg 2007. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

Verwacht wordt dat de zorgvraag zal toenemen. Er is steeds meer vraag naar 'cosmetische', op esthetiek gerichte behandelingen. Daarnaast behoudt de bevolking tot op hogere leeftijd de tanden en kiezen, waardoor langduriger mondzorg nodig is. De verwachting is dat bij de oudere Nederlanders meer intensieve onderhoudszorg nodig is en dat de vraag naar een meer complexe tandheelkundige behandeling op het terrein van de parodontologie, implantologie, endodontologie en kroon- en brugwerk de komende jaren groeit. Dit betekent dat de zorgvraag of zorgbehoefte ook intensiever en complexer gaat worden¹⁴. Aan de andere kant is er een trend waarneembaar dat bepaalde groepen besluiten om een volledige prothese te nemen.

De orthodontische zorgvraag zal de komende jaren gelijk blijven, maar de aard verandert wel: meer volwassenen vragen om orthodontische behandelingen. Gemiddeld genomen is een orthodontische behandeling van een volwassen patiënt complexer dan de behandeling van een jeugdige. Het karakter van deze behandelingen is ook meer multidisciplinair.

In zijn algemeenheid verandert de zorgvraag ook als gevolg van nieuwe behandelmethoden, technieken en materialen (zorgaanbod).

Preventie

Preventie is, naast curatie, minstens zo belangrijk voor het verbeteren van de gemiddelde mondgezondheid. Preventieve maatregelen kunnen de meest voorkomende gebitsafwijkingen (cariës, tanderosie en parodontopathieën) helpen te voorkomen¹⁵. Echter, vanwege de vergrijzing, technologische ontwikkelingen en veranderende zorgvraag blijft curatie belangrijk. Het effect van preventie is afhankelijk van het gedrag van de patiënt. Gedrag is lastig om structureel te veranderen. Preventie maakt geen natuurlijk deel uit van de zorgvraag van de patiënt en moet gestimuleerd worden. Een goede medewerking van de patiënt is een vereiste. Preventie is een investering die pas op langere termijn rendeert. Zorg voor het gebit is het streven naar een optimale mondgezondheid. Preventie is één van de mogelijke behandelstrategieën daartoe.

2.3 Huidig aanbod van mondzorg

Voor een goede werking van de markt is het van belang dat er voldoende aanbod en voldoende gekwalificeerde aanbieders zijn op de markt, zodat er voor de consument en de zorgverzekeraar iets te kiezen valt. Deze paragraaf besteedt aandacht aan het huidige aanbod op de markt voor mondzorg en staat stil bij de vraag of er voldoende aanbod op de markt is. Daarnaast gaat deze paragraaf in op de vraag hoe het aanbod zich zou kunnen ontwikkelen als reactie op een mogelijke stijging van de vraag naar mondzorg. Een eventueel tekort aan aanbieders op een markt hoeft geen probleem te zijn zolang dit maar tijdelijk is en door de markt zelf wordt opgelost.

¹⁴ Adviesgroep capaciteit mondzorg. (2000). *Capaciteit mondzorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.

¹⁵ Van Loveren, C. (2006). *Preventie: een kwestie van samenwerken. Oratie bij aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Truin, G.J., Frencken, J.E., Mulder, J., Kootwijk, A.J., & De Jong, E (2007). Prevalentie van tandcariës bij 6- en 12- jarige en tanderosie bij 12-jarige Haagse kinderen in de periode 1996-2005. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*. 114.

Achtergrondinformatie*Totale uitgaven aan mondzorg*

De uitgaven aan mondzorg (zonder eigen bijbetaling) bedragen volgens de zorgmonitor 2007 van Vektis in totaal € 1,76 miljard in 2006. Hiervan valt ruim € 500 miljoen binnen de basisverzekering en ruim € 1,2 miljard binnen de aanvullende verzekering. Een nader onderscheid naar de verschillende beroepsgroepen die tandheilkundige verrichtingen leveren is niet beschikbaar. In deze uitgaven is geen rekening gehouden met de categorie niet verzekerde patiënten. Inclusief de eigen bijdragen zullend e totale werkelijke uitgaven aan mondzorg daarom waarschijnlijk boven de 2 miljard euro liggen. Uit onderzoek van de NMT op basis van cijfers uit 2004 blijkt dat de uitgaven in Nederland in vergelijking met andere Europese landen relatief en absoluut gezien laag zijn¹⁶.

Tandartsen

Er zijn in Nederland 11.646 tandartsen ingeschreven in het BIG register. Ruim 70% van de ingeschreven tandartsen is man. In totaal zijn er ongeveer 5.500 praktijkadressen waar tandartsen werken. In ongeveer 64% van de gevallen betreft dit een solopraktijk¹⁷. Behalve dat er in de toekomst als gevolg van de inperking van de numerus fixus minder tandartsen zullen worden opgeleid is een afname te zien wat betreft de werktijden¹⁸. Tegenwoordig geven veel tandartsen de voorkeur aan werken in loondienst bij een tandartspraktijk. Daarnaast komen er steeds meer tandartsen bij die parttime (willen) werken¹⁹.

De tandarts heeft vaak meerdere assistenten (bijvoorbeeld tandartsassistent, preventieassistent) in dienst. Daarnaast is een groot deel van de mondhygiënisten in loondienst bij de tandarts. Het komt meer en meer voor dat mondhygiënisten en tandarts- of preventieassistenten bepaalde tandheilkundige taken overnemen van de tandarts. Veruit de meeste tandartsen (88%) verwijzen patiënten bijvoorbeeld voor preventie naar mondhygiënisten (in de eigen praktijk, in de praktijk van een collega en/of vrijevestigd)²⁰.

De gemiddelde tandartsendichtheid (het gemiddelde aantal inwoners per tandarts) is op 1 januari 2006 2.728. Tussen de diverse NMT-regio's verschilt de dichtheid van tandartsen^{21,22}.

Orthodontisten

Er zijn in Nederland ongeveer 294 orthodontisten werkzaam²³. Het merendeel van de orthodontisten is man (70%).

¹⁶ Dit onderzoek is uitgevoerd op basis van de beschikbare gegevens van de nationale statistiebureaus van verschillende landen en van gegevens van het Europese statistiebureau (Eurostat).

¹⁷ NMT-project Peilstations.

¹⁸ De minister heeft in navolging van het advies van de Commissie Innovatie Mondzorg (commissie Linschoten) besloten om het aantal opleidingsplaatsen voor mondartsen terug te brengen en tegelijkertijd het aantal opleidingsplaatsen voor mondhygiënisten uit te breiden.

¹⁹ Zie ook: Commissie Innovatie Mondzorg. (2006). *Innovatie in de mondzorg. Advies*. Leiden: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven.

²⁰ NMT-project Peilstations.

²¹ NMT, CBS StatLine.

²² De leden van de NMT zijn verdeeld over 14 afdelingen (zogenoemde NMT-regio's). De indeling is overgenomen van de regio-indeling in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en is sindsdien een aantal keer aangepast.

²³ NMT-tandartsenbestand; peildatum januari 2007. Een deel van deze orthodontisten heeft thans de aantekening tot tandartsspecialist in de dentomaxillaire orthopaedie door laten halen in het BIG-register.

Mondhygiënisten

In 2003 zijn in Nederland ongeveer 2.300 mondhygiënisten werkzaam²⁴. Sinds 1997 is het aantal gestegen met ruim 30%. De meeste mondhygiënisten zijn vrouw en bijna 70% is jonger dan 40 jaar. Ongeveer 66% van de mondhygiënisten werkt parttime²⁵.

Tandprotheticici

In 2004 zijn in Nederland 293 tandprotheticici werkzaam²⁶. De meeste tandprotheticici zijn man. Het grootste deel werkt fulltime.

Onderstaande tabel (2.1) geeft de tandartsen- en orthodontistendichtheid in Europa weer. Uit deze tabel blijkt dat in Nederland relatief weinig tandartsen en orthodontisten werken ten opzichte van andere Europese landen. Uit een studie van de OECD uit 2008²⁷ blijkt dat dit ook voor de medisch specialisten in het algemeen geldt. Hierbij is geen rekening gehouden met eventuele productiviteitsverschillen of verschillen in het aantal uren dat een tandarts of orthodontist werkt. In het buitenland zijn geen mondhygiënisten werkzaam, de tandartsen nemen daar deze werkzaamheden voor hun rekening. De onderstaande gegevens geven daardoor een licht vertekend beeld, maar dit verandert het totale beeld niet.

²⁴ Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM.

²⁵ ING-rapport: Facts & Trends Mondzorg (2004).

²⁶ Brancherapport VWS.

²⁷ OECD, The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries?, OECD Health Working Papers No.41 (2008).

Tabel 2.1. Tandartsen- en orthodontistendichtheid in Europa

Land	Ratio tandartsen: populatie	Ratio orthodontisten: populatie
België	1:1.202	1:29.314
Cyprus	1:1.500	1:37.500
Denemarken	1:1.066	1:34.667
Duitsland	1:1.322	1:27.779
Finland	1:1.250	1:32.692
Frankrijk	1:1.475	1:34.483
Griekenland	1:846	1:34.375
Ierland	1:2.056	1:46.250
IJsland	1:933	1:20.000
Israël	1:917	1:42.307
Italië	1:1.289	1:68.235
Luxemburg	1:1.500	1:30.000
Nederland	1:2.286	1:61.538
Noorwegen	1:1.125	1:25.000
Oostenrijk	1:1.877	1:28.000
Polen	1:2.167	1:50.649
Portugal	1:1.666	1:1.250.000
Spanje	1:2.424	1:100.000
Turkije	1:5.650	1:294.783
Verenigd Koninkrijk	1:1.833	1:73.333
Zweden	1:1.125	1:31.034
Zwitserland	1:1.775	1:43.558

Bron: Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde 110 (2003) januari

Uit de *EU Manual of Dental Practice* (2008) blijkt dat de tandartsdichtheid in 2008 in Nederland hoger is geworden, namelijk ongeveer 1:1850. De gemiddelde tandartsdichtheid in Europa lag in 2008 op ongeveer 1:1500.

Mate van substitutie

Binnen de eerstelijns mondzorg is sprake van complementariteit en substitueerbaarheid. Mondhygiënische zorg en prothetische zorg kunnen zowel door respectievelijk mondhygiënist en tandprotheticus als door tandarts worden geleverd.

Zowel tandartsen als orthodontisten kunnen de niet complexe orthodontische prestaties leveren. Tandartsen kunnen bijvoorbeeld niet zeer complexe orthodontische zorg zoals zorg aan patiënten met een aangeboren afwijking aan lip, kaak en gehemelte (schisis) of patiënten met een afwijking van het aangezicht (craniofaciale afwijking) leveren. Vooral in dunbevolkte gebieden waar geen orthodontist werkzaam is, voert de tandarts een orthodontische behandeling vaak zelf uit. De orthodontist is direct toegankelijk, meer dan de helft van de patiënten wordt echter doorverwezen door de tandarts. Met de nieuwe zesjarige opleiding tandheelkunde zullen tandartsen zich meer gaan differentiëren of specialiseren, bijvoorbeeld op het gebied van de orthodontie.

Hoewel mondhygiënisten, orthodontisten en tandprotheticen direct toegankelijk zijn, is het niet zeker of deze aanbieders op een gelijke voet kunnen concurreren met de tandarts. Wettelijk gezien heeft de tandarts voor de meeste prestaties geen doorverwijsrol. De consument weet echter vaak niet dat aanbieders ook direct toegankelijk zijn en dat slechts voor enkele prestaties een verwijzing nodig is. De tandarts vervult dus in de praktijk een doorverwijsrol in de mondzorg en hij heeft ook relatief gezien een meer directe en langere met zijn patiënt. De tandarts kan beslissen of hij een orthodontische of mondhygiënische behandeling zelf uitvoert of dat hij de patiënt hiervoor doorverwijst naar een orthodontist of een mondhygiënist. Er is daarom in de praktijk niet helemaal sprake van gelijke toegang voor de consument. De vraag is echter of dit voor de consument nadelig is. Hoofdstuk 4 gaat verder in op dit vraagstuk.

2.4 Vraag versus aanbod

Deze paragraaf gaat in op de vraag of er op dit moment en in de toekomst voldoende aanbod is aan tandartsen, orthodontisten, mondhygiënisten en tandprotheticen.

Uit gesprekken met brancheorganisaties, verzekeraars en consumentenorganisaties blijkt dat er landelijk gezien sprake is van een zekere balans in vraag en aanbod in de mondzorg. In sommige regio's lijkt er soms sprake van tekorten en wachtlijsten te zijn. Er zijn geen signalen dat er sprake is van een ruim overschot aan aanbieders in bepaalde regio's.

De relatief grote toetreding van buitenlandse tandartsen laat in ieder geval zien dat deze nieuwkomers relatief makkelijk een baan kunnen vinden in de markt. Het verbond voor Vlaamse Tandartsen (VVT) berichtte onlangs dat de helft van de pas afgestudeerde Belgische tandartsen massaal voor een praktijk in Nederland kiest. Een belangrijke reden om voor Nederland te kiezen is een betere beloning en gunstigere arbeidsomstandigheden.

2.4.1 Ontwikkelingen in het aanbod

Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat er in de toekomst voldoende aanbod is om in de vraag naar mondzorg te kunnen blijven voorzien. Een punt van aandacht hierbij is de onevenwichtige leeftijdsopbouw van tandartsen²⁸. Ongeveer 44% van de tandartsen is 50 jaar of ouder²⁹. Daarnaast is ongeveer 49% van de orthodontisten 50 jaar of ouder. Gezien de leeftijdsverdeling is te verwachten dat deze groep de komende vijftien jaar zal gaan stoppen met werken.

Het Capaciteitsorgaan raamt de verwachte benodigde capaciteit voor de tandheelkundige vervolgopleidingen. Daaruit blijkt dat de verwachte capaciteit voor de orthodontie bij ongewijzigd beleid min of meer kan voldoen aan ontwikkelingen in de vraag. In haar capaciteitsplan voor 2005 doet het Capaciteitsorgaan het voorstel om de instroom in de opleiding tot orthodontist op te trekken van acht naar negen opleidingsplaatsen, om in 2016 een evenwicht op de markt te realiseren. Bij de eindafweging spelen onder andere ontwikkelingen in de demografie (daling aantal geboortes) en de vestiging van buitenlandse aanbieders mee. Beide factoren zijn echter omgeven met onzekerheid.

²⁸ Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM.

²⁹ NMT-tandartsenbestand.

Op dit moment raamt het Capaciteitsorgaan hoeveel tandartsen en mondhygiënisten nodig zijn in de periode 2018-2023 om aan de vraag naar mondzorg te voldoen. Op basis van deze raming zal gekeken worden wat de consequenties hiervan voor het aantal op te leiden beroepsbeoefenaren in de mondzorg zijn. De uitkomsten hiervan worden dit jaar verwacht.

Teamconcept

Een belangrijke ontwikkeling in de mondzorg is het in 2000 door de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg³⁰ voorgestelde teamconcept. De Commissie Innovatie Mondzorg (commissie Linschoten) heeft de voorstellen van de Adviesgroep verder uitgewerkt (2006). Gezien de mogelijke gevolgen van het advies voor de marktordening geeft de NZa hieronder een korte weergave van het advies van de commissie Linschoten.

Het teamconcept gaat uit van het verlenen van tandheelkundige zorg door een tandheelkundig team. Het concept moet betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners binnen de mondzorg ondersteunen. De tandarts wordt hierbij onder andere opgeleid (de opleiding tandheelkunde is hierop inmiddels aangepast) om de regie over het zorgproces te kunnen voeren³¹. Ook de verruiming van de instroom en de invoering van de nieuwe opleiding tot mondhygiënist moet het teamconcept stimuleren. Bepaalde handelingen, met name de preventieve taken, kan de mondhygiënist uitvoeren in plaats van de tandarts. Door deze veranderingen kan de tandarts zich concentreren op de 'moeilijke' gevallen en efficiëntie in zijn bedrijfsvoering inbouwen. Op deze manier kan de capaciteit van de mondzorg worden vergroot en neemt de toegankelijkheid van de mondzorg toe.

Eventuele concurrentie tussen partijen vindt vooral op het niveau van instellingen plaats en niet zozeer tussen bijvoorbeeld de tandarts en de mondhygiënist. Niettemin zullen veel aanbieders er voor kiezen om zelfstandig te blijven werken. Er zal daarom concurrentie tussen zowel instellingen onderling als zelfstandige beroepsbeoefenaren plaatsvinden. Daarnaast is de verwachting dat differentiatie in de hand wordt gewerkt doordat tandartsen zich meer op complexe zorg kunnen richten.

Om het teamconcept en de taakherschikking mogelijk te maken, is een aantal veranderingen aangebracht in de opleidingsstructuur³². Het aantal opleidingsplaatsen voor tandheelkunde is op advies van de commissie Linschoten verminderd. Reden is dat in de toekomst volgens het advies de mondhygiënist 'nieuwe stijl' (bachelor of health) de dagelijkse, reguliere mondzorg voor een groot deel kan overnemen. Kanttekening bij dit beleid is dat dan wel het aantal opleidingsplaatsen mondhygiëne volledig benut moet zijn. Dat is nu (nog) niet het geval. Voor een goed werkende markt is echter voldoende aanbodcapaciteit nodig. Volledige benutting van het aantal plaatsen is dus belangrijk. Een andere kanttekening bij het advies van de commissie Linschoten is dat de toegevoegde waarde en werkbaarheid op dit moment nog niet is aangetoond.

Rol overheid bij vraag en aanbod

De overheid kan natuurlijk anticiperen op vraag- en aanbod ontwikkelingen door de opleidingscapaciteit uit te breiden of terug te brengen als blijkt dat er een aanbodoverschot of tekort dreigt.

³⁰ Adviesgroep capaciteit mondzorg. (2000). *Capaciteit mondzorg. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn*. Den Haag: Ministerie van VWS.

³¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 159.

³² Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 159.

Vraag- en aanbodontwikkelingen zijn echter met onzekerheid omgeven en de uitbreiding of inperking van het aantal opleidingsplaatsen door de overheid zal daarom vaak niet goed aansluiten op ontwikkelingen in de markt (in paragraaf 4.3.1 wordt hier verder op in gegaan). Door het introduceren van het teamconcept stuurt de overheid ook direct op de markt. Zo heeft zij bijvoorbeeld besloten om tegelijkertijd het aantal opleidingsplaatsen voor mondhygiënisten uit te breiden en het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen te verminderen in de veronderstelling dat de eerste groep de werkzaamheden van de laatste groep overneemt³³.

Het is belangrijk om naast de huidige ontwikkelingen in het aanbod ook te kijken hoe het aanbod zich in de toekomst kan ontwikkelen in reactie op eventuele schaarsteproblemen. Dit is vooral van belang bij de introductie van vrije prijsvorming, wat leidt tot meer dynamiek op de markt. Bij een eventuele schaarste op de markt zullen de prijzen stijgen en dit beïnvloedt het gedrag van aanbieders op de markt. Kunnen huidige aanbieders hun aanbod verruimen en kunnen nieuwe zorgaanbieders makkelijk toetreden tot de markt? Hieronder komen deze ontwikkelingen aan bod.

2.4.2 Mogelijke verruiming van het huidige aanbod

Vergroting capaciteit

Een groot deel van de huidige mondhygiënisten en een toenemend aantal tandartsen werkt parttime en kan bij een eventueel capaciteitstekort in de markt hier flexibel op reageren door meer uren te draaien. Dit gebeurt nu ook al, maar kan in een situatie van vrije prijsvorming sterker zijn omdat de financiële beloning (hogere prijs) om meer uren te werken dan hoger kan zijn. Het grootste deel van de tandprotheticipers werkt nu fulltime, daar is minder ruimte om het huidige aanbod op deze manier uit te breiden.

Daarnaast lijkt sprake te zijn van enige verborgen capaciteit. Als nieuwe aanbieders in een bepaalde regio de markt willen betreden, blijkt bijvoorbeeld dat bestaande aanbieders soms wel ruimte hebben om nieuwe patiënten aan te nemen. Dit was bijvoorbeeld het geval toen enkele centra voor orthodontie tot de markt toetraden.

Andere zorgaanbieders worden actief op de markt

Zowel tandartsen als orthodontisten bieden prestaties aan binnen het marktsegment van orthodontie. Een eventuele stijging van de prijs in de markt voor orthodontie kan daarom tot een verschuiving van werkzaamheden leiden van tandartsen in de richting van prestaties op het gebied van orthodontie. Door de nieuwe opleiding tandheelkunde zijn tandartsen ook beter opgeleid om meer specialistische verrichtingen te doen. Tandartsen kunnen daarnaast ook actief meer prestaties leveren op het gebied van mondhygiëne of diensten die worden aangeboden door een tandprotheticicus als dit voor hen profijtelijk is.

Er treden nieuwe zorgaanbieders toe tot de markt

Naast een verruiming van het huidige aanbod is het goed om te onderzoeken of er toetredingsdrempels zijn die de instroom van nieuwe tandartsen, orthodontisten, mondhygiënisten en tandprotheticipers tegen kunnen houden.

³³ De gewenste instroom van het aantal mondhygiënisten heeft echter maar deels plaatsgevonden. Hierdoor kan er schaarste op de markt ontstaan. De NZa pleit daarom voor het vrijgeven van de opleidingsplaatsen (zie hoofdstuk 4).

Als sprake is van een eventuele schaarste op de markt zullen nieuwe toetreders de markt willen betreden³⁴. Zeker als door schaarsteontwikkelingen de prijs voor bijvoorbeeld door tandartsen verleende zorg stijgt. De potentiële dreiging van nieuwe toetreders zorgt dan voor voldoende prijs- en kwaliteitsdruk in de huidige markt. In de huidige markt zijn toetredingsbelemmeringen aanwezig. Het gaat vooral om een beperking van het aantal opleidingsplaatsen. Voor de opleiding tot orthodontist is op dit moment een beperkt aantal plaatsen per jaar (negen) beschikbaar terwijl het aantal studenten dat deze opleiding wil volgen groter is³⁵.

Voor de opleidingen tandheelkunde en mondhygiëne geldt een numerus fixus met decentrale selectie (instellingsfixus). De opleiding Mondzorgkunde is een vierjarige HBO-opleiding en kan in vier plaatsen in Nederland worden gevolgd. In 2006 volgden 943 studenten de opleiding voor mondhygiënist, een stijging van bijna 35% in vergelijking met 2004. In 2006 zijn 284 studenten ingestroomd in het eerste jaar³⁶. De afgestudeerde mondhygiënist kunnen zelfstandig een praktijk opzetten, maar ook in een samenwerkingsverband gaan werken of in dienst van een tandarts treden.

Studenten kunnen in Nederland aan drie universiteiten de opleiding tandheelkunde volgen. Voor het studiejaar 2007 is de instroom van eerstejaarsstudenten voor tandheelkunde teruggebracht van 300 naar 270. In 2008 is dit nog verder teruggebracht tot 240³⁷. Voor het studiejaar 2007-2008 waren alle 270 opleidingsplaatsen gevuld. Het aantal aanmeldingen voor deze opleidingsplaatsen is bijna vier keer zoveel als het aantal aangeboden opleidingsplaatsen. Studenten die niet worden ingeloot voor de opleiding tandheelkunde kunnen er wel voor kiezen om in het buitenland een opleiding te volgen en na het voltooien van de opleiding terug te keren naar Nederland. Voor de vestiging van tandartsen in Nederland uit de EU gelden namelijk geen beperkingen.

De opleiding tot tandprotheticus valt volledig binnen het particuliere onderwijs. Er is daarom geen sprake van een numerus fixus. Op dit moment kunnen studenten die tandprotheticus willen worden alleen in Utrecht een opleiding volgen. Er wordt gekeken naar uitbreiding van het aantal plaatsen waar de opleiding gevolgd kan worden, maar op daadwerkelijke uitbreiding is momenteel geen concreet zicht. Een mogelijke belemmering voor het toetreden van tandprotheticici is dat de kosten voor de opleiding volledig particulier door de student moeten worden gefinancierd en de aansluiting van en op deze opleiding op vervolgopleiding nog niet optimaal is.

Buitenlandse toetreding

Het huidige aanbod kan toenemen door de instroom van buitenlandse aanbieders (orthodontisten, tandartsen, tandprotheticici)³⁸. Als de prijzen hoger zijn dan in het buitenland kunnen buitenlandse aanbieders in principe de markt betreden. Dit gebeurt nu ook al. Het gaat hier vooral om aanbieders uit EU-landen nu recentelijk de wetgeving voor aanbieders van mondzorg uit niet-EU-landen is verscherpt.

³⁴ Dit zal waarschijnlijk ook gelden als er sprake is van een overschot aan aanbieders en de in Nederland geldende prijs hoger is dan in het buitenland.

³⁵ Uiteraard moeten er wel voldoende orthodontisten met onderwijskundige vaardigheden zijn die een toename in het aantal opleidingsplaatsen aan kunnen.

³⁶ <http://www.hbo-raad.nl/?id=137&t=kenget>

³⁷ Zie ook voetnoot 18.

³⁸ Omdat er in de directe landen om Nederland heen geen opleiding is tot mondhygiënist, zal de instroom van buitenlandse mondhygiënist gering zijn.

Toetreding buitenlandse aanbieders

Uit de jaarverslagen van het BIG-register blijkt dat de laatste jaren een behoorlijk aantal buitenlandse tandartsen zich in het BIG-register laat inschrijven. In 2002 ging het om 170 tandartsen, in 2003 om 220 tandartsen, in 2004 om 195 tandartsen en in 2005 om 169 tandartsen. Een groot deel hiervan komt van binnen de Europese Unie (België en Duitsland), maar er komen ook aanvragen van buiten de EU, vooral uit Zuid-Afrika. Het jaarlijkse aantal instromende buitenlandse tandartsen overtreft de laatste jaren het jaarlijks aantal afgestudeerden van de Nederlandse opleidingen tandheelkunde. Voor erkenning van de buitenlands gediplomeerde tandarts van buiten de EU wordt van overheidswege vereist dat hij BIG geregistreerd wordt en werkt volgens de hier geldende normen. Alleen een diploma erkenning is niet voldoende. Voor tandartsen met een diploma van buiten de EER is het per 1 januari 2007 minder eenvoudig om zich te vestigen in Nederland doordat het met goed gevolg afleggen van een assessment verplicht is gesteld³⁹. Het is echter wel mogelijk om onder toezicht van een reeds gevestigde tandarts te gaan werken. Hiervoor is het assessment niet verplicht.

Conclusie

Op landelijk niveau is er voor de verschillende marktsegmenten een zekere balans tussen vraag en aanbod, in enkele regio's kan sprake zijn van tekorten. Bij een eventuele toename van de vraag naar mondzorg (mogelijke schaarste) kunnen, afhankelijk van het marktsegment, huidige aanbieders hun aanbod uitbreiden, kan substitutie plaatsvinden tussen verschillende aanbieders van mondzorg en kunnen buitenlandse aanbieders de markt betreden. Op lange termijn geldt dat sprake is van toetredingsdrempels tot de markt. Voor de opleidingen van tandartsen, mondhygiënist en orthodontisten geldt een beperkte instroomcapaciteit. Voor de opleiding tot tandprotheticus geldt dat niet, maar deze opleiding valt volledig binnen het particuliere onderwijs. De overheid kan in anticipatie op een eventuele schaarste op de markt wel het aantal opleidingsplaatsen uitbreiden, maar zij zal nooit helemaal goed kunnen inspelen op veranderingen in marktontwikkelingen omdat deze onvoorspelbaar en complex zijn en omdat wijzigingen in de instroomcapaciteit pas na vele jaren effect sorteren.

2.5 Keuzemogelijkheden voor de consument en verzekeraar

In een vraaggestuurd zorgstelsel is het belangrijk dat de consument kan kiezen voor de zorg die het beste aan zijn zorgbehoefte voldoet, of dat de verzekeraar dit namens hem kan doen. Daarvoor is het belangrijk dat inzicht bestaat in de zorg die door de verschillende zorgaanbieders wordt geleverd. Ook is het van belang dat de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg transparant zijn. Ten slotte moet de consument of de verzekeraar kunnen overstappen naar een andere aanbieder wanneer de geleverde zorg hem niet bevalt. Op dit laatste punt wordt in deze paragraaf ingegaan. In het volgende hoofdstuk wordt uitgebreid ingegaan op de transparantie van de markt.

³⁹ P. van der Vorst. (2007). Buitenlandse tandartsen in Nederland. Assessment en EU-uitbreiding hebben invloed op aanvragen. *Nederlands Tandartsenblad* 3, 9 februari 2007.

2.5.1 Keuze- en overstapmogelijkheden

Wanneer de consument of verzekeraar heeft besloten welke zorgaanbieder het beste aan hun wensen voldoet, is het vervolgens belangrijk dat zij ook daadwerkelijk voor deze zorgaanbieder kunnen kiezen.

Verzekeraar

Voor een verzekeraar is het belangrijk dat hij uit voldoende aanbieders kan kiezen, dat de kwaliteit op het vereiste niveau ligt en de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders transparant zijn. Zoals eerder al is aangegeven (en in hoofdstuk 3 verder aan bod komt) zijn de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders niet inzichtelijk. Dit beperkt de mogelijkheden voor verzekeraars om een weloverwogen keuze te maken voor het contracteren van zorg. In de huidige situatie speelt de lage contracteergraad hierbij een rol (zie onderstaand kader). Hierdoor is het voor verzekeraars überhaupt niet goed mogelijk om een keuze te maken uit verschillende aanbieders in het marktsegment voor orthodontie en tandheelkunde. Voor de prestaties die door mondhygiënist en tandprotheticus worden aangeboden beschikken verzekeraars over meer keuzemogelijkheden.

Contracteerproces mondzorg

In de huidige situatie heeft het grootste deel van de tandartsen en orthodontisten geen inhoudelijk contract met een verzekeraar gesloten. Dit geldt zowel voor zorg die onder de basisverzekering (bijvoorbeeld mondzorg voor de jeugd) als onder de aanvullende verzekering valt. Als er al contracten zijn gesloten dan hebben deze vooral betrekking op afspraken over de afhandeling van declaraties en niet over zorginhoud of prijs. Het is op dit moment nog niet bekend of en hoe dit in de toekomst gaat veranderen. De beperkte contractering in de mondzorg is een groot verschil met de andere zorgmarkten in Nederland. In de rest van de gezondheidszorg is het gebruikelijk dat verzekeraars en zorgaanbieder contracten sluiten over in ieder geval het volume en de prijs van zorg en steeds vaker ook over de kwaliteit.

In principe is het niet erg dat er op dit moment vrijwel niet gecontracteerd wordt in een aantal delen van de mondzorg. Het is geen voorwaarde voor gezonde marktwerking dat verzekeraars onderhandelen met individuele aanbieders. Het staat een zorgverzekeraar vrij zijn eigen inkoopbeleid vorm te geven, mits de criteria die hij daarbij hanteert objectief, transparant en non-discriminatoir zijn. Er kan wel sprake zijn van misbruik als de verzekeraar onredelijke voorwaarden wil opleggen. Verzekeraars en aanbieders zijn vrij om al dan niet met elkaar een contract aan te gaan. Er geldt geen contracteerplicht. Wel hebben zorgverzekeraars op basis van de Zvw een zorgplicht voor wat betreft de basisverzekering. Zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat de verzekerden tijdig, voldoende en kwalitatief goede zorg krijgen uit het basispakket of de kosten vergoed krijgen van de benodigde zorg. De verzekeraars moeten in de modelovereenkomsten Zvw juiste informatie opnemen en de rechten en plichten beschrijven die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben. Voor de basisverzekering geldt een vast omschreven aanspraak. De zorgverzekeraar mag het wettelijk pakket niet verkleinen of verruimen. De restitutievergoeding die een zorgverzekeraar betaalt aan verzekerden indien deze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan, hoeft niet altijd gelijk te zijn aan de prijs die een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in rekening brengt aan patiënten.

De Zvw verbiedt zorgverzekeraars niet om toestemmingsvereisten te stellen. Het is aan de zorgverzekeraar om in zijn modelovereenkomst op te nemen voor welke zorgvormen of diensten hij een vorm van toetsing wenst.

Voor de aanvullende verzekering geldt de wettelijke zorgplicht niet. Voor wat betreft de aanvullende verzekering heeft de verzekeraar de vrijheid te bepalen welke aanspraak hij opneemt en onder welke voorwaarden. Wel moet hij inzichtelijk maken aan verzekerden wat dit voor hen betekent. Tegen deze achtergrond komt een relatie tussen verzekeraar en aanbieder tot stand. Om allerlei redenen kan de inhoud van deze relatie variëren, bijvoorbeeld ten aanzien van de verwerking van declaraties of de hoogte van het tarief in geval er wel of geen contract is gesloten. Ook staat het een verzekeraar vrij al dan niet een declaratierelatie aan te gaan met een niet-gecontracteerde aanbieder.

Verzekeraars geven als reden voor de lage contracteringsgraad aan dat aanbieders niet bereid zijn contracten te sluiten, terwijl aanbieders aangeven dat zij hiertoe wel bereid zijn, mits zorginhoudelijke afspraken ook onderdeel van het contract zijn. Een beperkt aantal verzekeraars sluit wel contracten met tandartsen en orthodontisten en maakt concrete kwaliteitsafspraken met deze aanbieders. Het aantal gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist en tandprotheticus ligt wel hoger. Met deze aanbieders maken verzekeraars meer concrete afspraken over prijs en kwaliteit. De centra bijzondere tandheelkunde en de instellingen voor jeugd tandverzorging sluiten over het algemeen allemaal een inhoudelijk contract met de verzekeraars.

Consument

Ook voor de consument geldt dat hij voldoende aanbod moet hebben om uit te kiezen en dat de geleverde kwaliteit transparant moet zijn. Zoals uit paragraaf 2.3 blijkt, is er in principe voldoende aanbod op de markt. De keuzemogelijkheden voor de consument verschillen wel per regio en per zorgvraag. In de meer landelijke gebieden is het voor de consument moeilijker om een directe keuze te maken tussen verschillende aanbieders als er maar één aanbieder in een bepaalde regio opereert. In stedelijke gebieden beschikt hij over meer keuzemogelijkheden.

Op dit moment is het voor de consument door een gebrek aan kwaliteitsinformatie moeilijk om een nieuwe aanbieder te kiezen, bijvoorbeeld als hij van woonplaats verandert of ontevreden is over de door de aanbieder geleverde zorg. Daarnaast is het voor de consument nu niet altijd even duidelijk bij welke aanbieder hij terecht kan. De mondhygiënist, tandprotheticus en de orthodontist zijn voor veel prestaties vrij toegankelijk. Door de centrale rol die de tandarts van oudsher in de mondzorg speelt zullen consumenten met hun zorgvraag vaak eerst de tandarts raadplegen om er achter te komen welke zorg zij nodig hebben. De consument weet daardoor vaak niet dat hij direct terecht kan bij de andere aanbieders⁴⁰. Transparantie van prijs en kwaliteit en een goede voorlichting van de consument zijn hiervoor oplossingen.

Wanneer de consument eenmaal in behandeling is bij een bepaalde zorgaanbieder stapt hij vanwege de vertrouwensrelatie met de aanbieder waarschijnlijk niet snel over naar een andere aanbieder. Als hij ontevreden is over de geleverde zorg moet het echter wel mogelijk zijn om van aanbieder te veranderen.

⁴⁰ Een andere oorzaak is dat verzekeraars deze informatie niet actief verspreiden.

Voor de orthodontisten heeft de NZa in 2007 onderzocht hoeveel extra tijd patiënten zouden moeten reizen om naar de één op na dichtstbijzijnde orthodontist te gaan. Uit deze analyse bleek dat 70% van de Nederlandse bevolking vijf minuten extra moet reizen om naar de één op na dichtstbijzijnde orthodontist te gaan. Het grootste deel van de bevolking heeft dus voldoende uitwijkmogelijkheden als hij niet tevreden is over de door zijn orthodontist geleverde prestatie. Hierbij is ook onderzoek gedaan naar de spreiding van orthodontisten over het land. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat bijna 50% van de bevolking binnen 10 minuten reistijd een orthodontist kan bezoeken. Ruim 85% kan dit binnen 20 twintig minuten en 95% van de bevolking moet maximaal 30 minuten reizen om een orthodontist te kunnen bezoeken. In dit onderzoek is geen rekening gehouden met tandartsen die ook orthodontie prestaties kunnen gaan aanbieden.

In het onderzoek wat TNS NIPO in 2008 heeft uitgevoerd (zie paragraaf 3.3.1) blijkt dat in totaal 42% van de respondenten in de vijf jaar voorafgaand aan hun huidige behandelaar een andere behandelaar heeft gehad; 44% heeft een andere tandarts gehad en 24% een andere mondhygiënist. Van de patiënten die de afgelopen vijf jaar gewisseld zijn heeft 22% dit uit ontevredenheid over de zorg/zorgaanbieder gedaan en 66% vanwege eigen verhuizing of verhuizing behandelaar.

Conclusie

De keuze- en overstapmogelijkheden voor verzekeraars zijn op dit moment beperkt, vanwege de beperkte informatie over kwaliteit en de lage contracteergraad met tandartsen en orthodontisten. Voor de zorg die door mondhygiënist en tandprotheticus wordt geleverd zijn de keuze- en overstapmogelijkheden ruimer. Voor consumenten niet altijd even duidelijk bij welke aanbieder zij met een bepaalde zorgvraag terecht kunnen. Dit kan er toe leiden dat zij, ook als zij ontevreden zijn over de geleverde zorg, toch bij hun huidige aanbieder blijven.

2.6 Huidige regulering markt voor mondzorg

De prestaties en tarieven voor de mondzorg worden op dit moment door de NZa vastgesteld. In deze paragraaf wordt dit toegelicht.

2.6.1 Prestatie- en tariefregulering

Op basis van de Wmg stelt de NZa prestatiebeschrijvingen op voor de zorg die onder de Wmg valt, zoals de mondzorg. Kernvraag voor een prestatiebeschrijving is wat de zorg inhoudt. Op basis van deze prestaties moet de geleverde zorg gedeclareerd worden. Hiervoor zijn nu tarieven vastgesteld. Er zijn verschillende vormen van een prestatiebeschrijving mogelijk: bijvoorbeeld een abonnement, verrichting of product. De term prestatiebeschrijving is de wettelijke term die de NZa hanteert voor ál deze varianten⁴¹.

Voor de mondzorg zijn meerdere prestaties beschreven. De NZa heeft deze vastgelegd in verschillende lijsten: de lijst tandheeskunde, de lijst orthodontie, de lijst tandtechniek in eigen beheer en de lijst tandheeskunde AWBZ. De lijsten worden in de praktijk tarieflijsten genoemd, aangezien de tarieven van de prestaties allemaal gereguleerd zijn. De meeste tarieven zijn maximumtarieven. Zelfstandig gevestigde mondhygiënist declareren over het algemeen in de vorm van uurtarieven.

⁴¹ De term prestatie(beschrijving) wordt in dit document gehanteerd, ongeacht de vorm waarin de prestaties zijn beschreven (verrichtingen, producten enz.).

In de lijst tandheelkunde zijn voornamelijk verrichtingen, enkele abonnementstarieven en enkele kostenbedragen opgenomen. Ook is in de lijst tandheelkunde een uurtarief opgenomen voor de behandeling van patiënten die, als gevolg van een verstandelijke en/of lichamelijke beperking of een extreme angst, de uitoefening van de tandheelkunde in die mate bemoeilijkt, dat de behandelingsduur langer is dan doorgaans bij de gemiddelde patiënt.

Voor de AWBZ-tandheelkunde is de prestatie in de vorm van een tijdseenheid (alle activiteiten zijn gevat in één prestatie met daaraan gekoppeld een tijdsperiode) beschreven. De geleverde zorg aan patiënten die verblijven of behandeld worden in een AWBZ-inrichting is te declareren op basis van drie verschillende uurtarieven.

De lijst orthodontie bestaat uit drie deellijsten (A, B en C) die van toepassing zijn per categorie patiënten: (A) reguliere patiënten. (B) patiënten met (een) afwijking die in ernst met schisis vergelijkbaar is/zijn en (C) patiënten met een cheilo-, gnatho-, of palatoschisis. De prestatiebeschrijvingen zijn een mix van producten, verrichtingen en abonnement.

De betaalde of verschuldigde kosten voor tandtechniek zijn, mits die niet in het tarief zijn verdisconteerd, in rekening te brengen door de zorgaanbieders. In dat geval betaalt de tandarts het verschuldigde bedrag aan de tandtechnicus en brengt de tandarts hetzelfde bedrag in rekening aan de patiënt. Het gaat dan om door te declareren kosten. Daarnaast bestaat sinds 2005 de lijst tandtechniek in eigen beheer die alle mondzorgaanbieders moeten hanteren voor declaratie van de kosten indien zij zelf tandtechniekstukken maken⁴². De prestaties zijn beschreven in de vorm van verrichtingen. In deze lijst zijn enkele tarieven niet vastgelegd, maar is bepaald dat deze te declareren zijn op basis van de werkelijke kostprijs.

Instellingen voor jeugdtandverzorging mogen in combinatie met een periodieke controle van een jeugdige patiënt maximaal twee keer per jaar een tarieftoeslag voor de haal- en/of brengservice in rekening brengen. De *haal*service is bestemd voor de zorg aan jeugdige patiënten die de instellingen voor jeugdtandverzorging naar de praktijk halen, daar behandelen en vervolgens weer naar huis of school brengen. De *bring*service is bestemd voor instellingen voor jeugdtandverzorging die een dentalcar bezitten en daarin jeugdige patiënten behandelen. Ze gaan met de dentalcar naar de patiënt toe. Naast de toeslag voor de haal- en/of brengservice mogen instellingen voor jeugdtandverzorging de maximumtarieven voor tandheelkundige hulp voor de behandeling van risicogroepen verhogen met een toeslagpercentage van maximaal 5%.

Op dit moment zijn er in totaal circa 919 prestaties beschreven⁴³, maar in praktijk wordt de lijst tandheelkunde het meest gehanteerd. Deze lijst staat in de praktijk van de mondzorg bekend als de zogeheten UPT-lijst (Uniform Particulier Tarief), ondanks dat deze benaming feitelijk niet meer correct is. De lijst tandheelkunde is op 1 oktober 1986 ingevoerd en is gebaseerd op het Cobit-model, dat eind jaren zeventig door de NMT is opgesteld. In eerste instantie gold de UPT-lijst alleen voor particulier verzekerde patiënten. Vanaf 1 januari 1995 is de lijst van toepassing op alle patiënten.

⁴² De NMa heeft in 2004 uitgesproken dat het NTG geen tarieflijst mocht uitbrengen. Het CTG verwees voor de tarieven naar deze lijst. Daarom heeft het CTG destijds deze NTG-tarieflijst overgenomen.

⁴³ Prestatiebeschrijvingen in de lijst tandheelkunde, orthodontie, tandtechniek in eigen beheer en tandheelkunde AWBZ.

De lijst tandheelkunde bestaat o.a. uit prestaties voor consultatie en diagnostiek, gnathologie, parodontologie en orthodontie. Naast tandartsen moeten sinds de invoering van de Wmg ook mondhygiënist en tandprothetici deze lijst gebruiken (zie kader).

Achtergrondinformatie

Vrijgevestigde mondhygiënist en tandprothetici vallen per 1 oktober 2006 onder de Wmg en daardoor onder de beleidsregels voor tandheelkunde. De bestaande bekostigingstructuur is echter niet toegesneden op de zorg die deze aanbieders verlenen. Daarom zijn overgangsregelingen getroffen.

Voor de periode van 1 oktober 2006 tot 1 januari 2008 gold een overgangsregeling voor de tandprothetici. Het is hun toegestaan een productprijs met eigen codering te declareren, waarbij de productprijzen te herleiden zijn tot onderdelen die corresponderen met de prestaties in de tarieflijst tandheelkunde en de tarievenlijst tandtechniek in eigen beheer. Per 1 januari 2008 is de overgangsregeling, op verzoek van de beroepsgroep, vervallen en mogen de tandprothetici geen productprijzen meer gebruiken. Zij moeten de lijst tandheelkunde hanteren.

Voor de periode van 1 oktober 2006 totdat de nieuwe bekostigingstructuur mondzorg in werking is getreden, geldt er een overgangsregeling voor de mondhygiënist. De vrijgevestigde mondhygiënist zijn van oudsher gewend om met name uurtarieven in rekening te brengen. Dit is tijdens de overgangsperiode ook toegestaan.

Voor alle lijsten geldt dat zorgaanbieders en verzekeraars verzoeken tot wijziging of vernieuwing van de prestaties kunnen indienen. Voorbeelden zijn de vernieuwing van de hoofdstukken parodontologie, endodontologie en orale implantologie in de afgelopen jaren.

Typerend voor de mondzorg is dat per prestatie een aantal punten is vastgelegd. Het puntenaantal wijst in principe op de moeilijkheidsgraad, en de daaraan gekoppelde benodigde tijd, per prestatie. Het maximumtarief van de prestatie wordt berekend door het aantal punten te vermenigvuldigen met de puntwaarde. De algemene rekenregel voor het bepalen van de puntwaarde is: $(\text{praktijkkostenbestanddeel} + \text{inkomensbestanddeel}) / \text{rekennorm}^{44}$.

Jaarlijks worden de tarieven trendmatig aangepast.

⁴⁴ Voor de berekening van de tarieven in de tarieflijst tandheelkunde is geen rekennorm vastgelegd. Dit komt omdat bij het maken van deze lijst de al in praktijk gehanteerde tarieven tariefneutraal zijn omgezet per prestatie. De puntwaarde waarmee de tarieven van de lijst tandheelkunde worden berekend komt tot stand door de geldende puntwaarde te vermenigvuldigen met $(\text{omzet jaar } t+1 / \text{omzet jaar } t)$.

3. Transparantie mondzorg

In dit hoofdstuk staat het belang van transparantie centraal en de verbetermogelijkheden die de NZa ziet voor de mondzorgmarkt. Deze mogelijkheden zijn mede gebaseerd op de resultaten van een consumentenonderzoek naar de ervaren en gewenste transparantie in de mondzorg. Dit onderzoek is in opdracht van de NZa uitgevoerd.

3.1 Belang transparantie en rol NZa

Eén van de doelstellingen van het huidige zorgstelsel is het vergroten van de keuzevrijheid van consumenten⁴⁵. Zowel op de zorgverzekeringsmarkt (ziektekostenverzekeraar en soort polis) als op de zorgaanbodmarkt (zorgaanbieder). Als consumenten zorg nodig hebben, zijn zij vrij om uit het beschikbare aanbod zelf een zorgaanbieder te kiezen. Om een weloverwogen keuze te kunnen maken moeten consumenten kunnen beschikken over voldoende, betrouwbare en vergelijkbare informatie over het zorgaanbod; zowel kwalitatief als kwantitatief⁴⁶. Dit is ook een belangrijke voorwaarde voor een goede werking van zorgmarkten. Immers: door te kiezen voor die zorgaanbieders die kwalitatief goede zorg leveren tegen een juiste prijs, worden kwaliteitsverbeteringen en efficiëntie gestimuleerd.

De NZa heeft de taak om de transparantie op zorgmarkten te bewaken en te bevorderen. Op grond van de Wmg moeten zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars informatie over hun aanbod verstrekken, in ieder geval over de prijs en de kwaliteit daarvan (art. 38 en 39 Wmg). De informatie over de aangeboden producten moet begrijpelijk en onderling vergelijkbaar zijn voor de consument. De NZa kan hier toezicht op houden, maar houdt daar zelf ook rekening mee bij haar taak als regulator. De NZa hanteert hierbij als uitgangspunt dat sprake moet zijn van transparantie van prestaties, prijs en kwaliteit. De norm die de NZa stelt aan transparantie is dat openbaar gemaakte informatie toegankelijk, betrouwbaar, begrijpelijk en vergelijkbaar moet zijn voor de consument⁴⁷.

Toegankelijkheid houdt in dat de consument de informatie die hij nodig heeft op eenvoudige wijze kan verkrijgen;
Betrouwbaarheid impliceert dat de informatie juist en volledig moet zijn;
 Bij *begrijpelijkheid* gaat het erom dat de informatie inzichtelijk is voor de consument en hij deze moet kunnen snappen;
Vergelijkbaarheid spreekt voor zich.

Als de markt naar de mening van de NZa onvoldoende transparant is, heeft zij de bevoegdheid om regels op te stellen en zo de transparantie af te dwingen (transparantie-eisen).

⁴⁵ In het 'Programma Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie' heeft het ministerie van VWS het recht op keuze en keuze-informatie van de consument vastgelegd. Dit recht dient in de voorgestelde *Wet Cliënt en Kwaliteit van Zorg* te worden vastgelegd. Zie Brief aan de Tweede Kamer, nr. mc-2852129, 23 mei 2008.

⁴⁶ Waarbij moet worden opgemerkt dat er altijd sprake zal zijn van enige informatieasymmetrie tussen zorgaanbieder en consument.

⁴⁷ De NZa brengt in 2009 een visiedocument uit over transparantie in de gehele gezondheidszorg.

De NZa is niet verantwoordelijk voor de medische kwaliteit. Daartoe zijn de zorgaanbieders allereerst verantwoordelijk en is de Inspectie voor de Gezondheidszorg de primair verantwoordelijke toezichthouder.

3.2 Transparantie van de markt

Een transparante markt is een basisvoorwaarde voor een goed functionerende markt. Hierbij is onderscheid te maken in de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt.

3.2.1 Zorgverzekeringsmarkt

Voor de zorgverzekeringsmarkt geldt dat de polissen van verzekeraars transparant moeten zijn. Alleen dan kan een verzekerde een goede keuze maken tussen de verschillende polissen die verzekeraars aanbieden. Voor de basisverzekering is het van belang dat het voor de verzekerde inzichtelijk is of en welke aanbieders zijn gecontracteerd, wat de kwaliteit van de ingekochte zorg is en of er eventueel andere voorwaarden zijn die de keuze van een verzekerde voor een aanbieder beperken. Bij een aanvullende verzekering moet verder duidelijk zijn wat de omvang van de aanspraak is. Op deze punten moeten de verzekeraars goed vergelijkbaar zijn.

3.2.2 Zorginkoopmarkt

Voor de transparantie van de zorginkoopmarkt geldt bovenal dat de consument/verzekeraar voor de keuze van een zorgaanbieder informatie moet hebben over de kwaliteit van de te verlenen zorg (transparantie van kwaliteit). Het betreft informatie over de borging van kwaliteit en informatie over kwaliteitsverschillen tussen aanbieders. Als kwaliteit niet transparant is, bestaat het risico dat prijsconcurrentie leidt tot kwaliteitsvermindering. Voor de verzekeraar is transparantie van kwaliteit belangrijk, omdat hij verzekerden dan beter kan informeren over het gecontracteerde zorgaanbod en de verzekerde makkelijker kan kiezen tussen specifieke aanbieders. Tevens geeft dit de verzekeraar bij zorginkoop een middel in handen om kwaliteitsverschillen tussen aanbieders te belonen. Bij kwaliteit gaat het zowel om informatie over zorginhoudelijke kwaliteit, kwaliteit zoals ervaren door patiënten en om servicefactoren ('etalageplus-informatie'). Het vertrouwen dat patiënten in hun zorgaanbieders hebben kan door het transparant maken van de kwaliteit versterkt worden.

Verder moeten er eenduidige prestatiebeschrijvingen in deze markt bestaan, zodat zowel de consument als de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder weten welke zorg zij inkopen respectievelijk aanbieden (transparantie van prestatie).

Daarnaast hebben consumenten/verzekeraars bij de inkoop van zorg (vooraf) behoefte aan informatie over de prijs van de te leveren zorg (transparantie van prijs). Dit is voor consumenten vooral van belang als zij een deel van de zorg zelf betalen. Dit is het geval op de mondzorgmarkt.

3.3 Consumentenonderzoek transparantie

In de consultatiedocumenten *Herziening bekostigingsstructuur mondzorg* en *Mogelijkheden voor vrije prijsvorming mondzorg* heeft de NZa aangegeven dat transparantie qua prestatie, prijs en kwaliteit binnen de

mondzorg nog onvoldoende is en op meerdere punten verbeterd kan worden.

Uit de reacties op de consultatiedocumenten blijkt dat partijen van mening verschillen over de mate waarin (geen) sprake is van transparantie en over de mate waarin de consument hier behoefte aan heeft. Naar aanleiding van deze reacties heeft de NZa een onderzoek onder consumenten laten uitvoeren door TNS NIPO⁴⁸. Het idee hierachter is om te onderzoeken hoe consumenten transparantie in de mondzorg ervaren en wensen. Met de uitkomsten van het consumentenonderzoek worden criteria opgesteld waaraan de markt voor mondzorg qua transparantie van kwaliteit, prestatie en prijs moet voldoen (zie ook paragraaf 3.4 en hoofdstuk 5).

3.3.1 Belangrijkste resultaten consumentenonderzoek

Algemeen

- De respondenten⁴⁹ zijn voornamelijk onder behandeling bij een tandarts (87%).
- De ondervraagde consumenten zijn (zeer) tevreden over de verkregen mondzorg.
- In totaal heeft 42% van de respondenten in de vijf jaar voorafgaand aan hun huidige behandelaar een andere behandelaar gehad; 44% heeft een andere tandarts gehad en 24% een andere mondhygiënist. Van de patiënten die de afgelopen vijf jaren gewisseld zijn heeft 22% dit uit ontevredenheid over de zorg/zorgaanbieder gedaan en 66% vanwege eigen verhuizing of verhuizing behandelaar.

Informatiebehoefte

- 71% van de consumenten heeft behoefte aan informatie over de prijzen van de verschillende behandelingen en aan een prijsofferte vooraf. Circa 1/3 van deze mensen heeft die behoefte niet voor alle behandelingen, maar vanaf een bepaald bedrag (vanaf € 100 à € 150).
- In de (hypothetische) situatie dat behandelaars voor dezelfde behandeling verschillende prijzen hanteren heeft 44% van de consumenten de behoefte om de behandelaars/behandelingen te vergelijken. Men heeft dan vooral interesse in de kosten, zowel in zijn algemeenheid als per behandeling, en in de behandelmethoden.
- Ruim tweederde van de consumenten heeft behoefte aan informatie over de kwaliteit van de (toekomstige) behandeling. De interesse gaat dan vooral uit naar de langetermijneffecten van de behandeling, de risico's/complicaties van de behandeling, de deskundigheid van de behandelaar, de prijs/kwaliteitverhouding en de tijdsduur van de behandeling.
- 56% van de consumenten heeft ook behoefte aan informatie over de kwaliteit van de behandelaar. Aspecten die men wil weten zijn vooral de deskundigheid van de behandelaar, gevolgd door in mindere mate het prijsniveau, de bejegening, specialisaties en de hygiënemaatregelen.
- Indien consumenten kiezen voor een nieuwe behandelaar zijn de aspecten deskundigheid, bejegening, de mogelijkheid van een vaste behandelaar, de hygiënemaatregelen en het serviceniveau het meest belangrijk.

⁴⁸ Het volledige onderzoeksrapport is te vinden op www.nza.nl.

⁴⁹ Aan een online consumentenpanel van TNS NIPO is de vraag voorgelegd of zij in de afgelopen 24 maanden enige vorm van mondzorg ondergaan hebben (behoudens van de kaakchirurg). Indien dit het geval was, is de volledige vragenlijst voorgelegd. Op deze wijze zijn 954 Nederlanders van achttien jaar en ouder ondervraagd. Van deze 954 respondenten is 87% onder behandeling bij een tandarts.

- 62% hecht waarde aan een kwaliteitskeurmerk over de behandelaar. Dit keurmerk dient tot stand te komen op basis van met name deskundigheid.

Verzekeringen

- 87% van de respondenten is verzekerd voor mondzorg (geheel of gedeeltelijk).
- 25% van deze groep krijgt een maximumbedrag per jaar (bv. € 500) vergoed waarbij de behandelingen binnen dat bedrag ook tot een bepaalde percentage (bv. 75%) worden vergoed.
- 20% krijgt een maximumbedrag per jaar vergoed waarbij de behandelingen binnen dat jaarbedrag volledig worden vergoed.
- 23% krijgt een vast percentage per behandeling vergoed.
- 14% krijgt alle kosten vergoed.
- 53% krijgt de rekening zelf en stuurt deze door naar de verzekeraar.
- Bij 35% van de verzekerde consumenten stuurt de behandelaar de rekening naar de verzekeraar, waarvan 60% later een overzicht krijgt van de kosten van de behandeling, de vergoeding en eventuele bijbetaling. De overigen zien de rekening niet (in totaal 14%).
- Van de groep consumenten waarvan de behandelaar de rekening direct naar de verzekeraar stuurt heeft 43% behoefte aan een eigen rekening of kopie, voor administratiedoeleinden en vanwege interesse in de kosten.

Facturen

- De consumenten vinden dat de behandelingen en de kosten op de factuur moeten staan.
- Terugdenkend aan ontvangen rekeningen vindt driekwart dat de omschrijvingen duidelijk waren.
- Toch heeft ook 75% (enige) behoefte aan een verduidelijking van de factuur.
- Hierbij denkt men vooral aan een aanpassing van de gebruikte termen en woorden en daarnaast aan een aanpassing van de kostenopbouw en de gebruikte codes.
- Het overgrote deel van de consumenten (89%) geeft aan dat de rekening moet worden uitgeschreven in een voor patiënten begrijpelijke taal.
- Het merendeel (70%) heeft behoefte aan een gespecificeerde rekening, waarbij alle deelbehandelingen en prijzen apart op de factuur staan vermeld.

Aan de respondenten zijn *fictieve facturen* voorgelegd voor een aantal fictieve behandelingen. Per behandeling is er een serie van drie facturen gemaakt.

Facturen 1, 2 en 3 betreffen facturen voor een prothesebehandeling.

Facturen 4, 5 en 6 betreffen facturen voor een orthodontiebehandeling.

Facturen 7, 8 en 9 betreffen facturen voor een wortelkanaalbehandeling.

Facturen 10, 11 en 12 betreffen facturen voor een consult, tandsteen verwijderen en het opstellen van een behandelplan.

De eerste factuur van de serie bestaat uit bestaande

prestatiebeschrijvingen, codes en tarieven (facturen 1, 4, 7 en 10).

Voor elke behandeling zijn er daarnaast twee facturen opgesteld, waarbij de prestatiebeschrijvingen zijn vereenvoudigd en verduidelijkt.

In de tweede factuur per serie (facturen 2, 5, 8, 11) zijn de bestaande prestatiebeschrijvingen, codes en prijzen behouden waarbij de beschrijvingen duidelijker, meer herkenbaar en in makkelijkere termen zijn beschreven. Denk bijvoorbeeld aan 'gebruik operatiemicroscoop' in plaats van 'operatiemicroscoop', 'overzichtsfoto rondom' in plaats van

orthopantomogram en 'verdoving' in plaats van 'geleidings/infiltratie anesthesie'.

In de derde factuur per serie (facturen 3, 6, 9 en 12) zijn deelprestaties geclusterd tot prestaties van een of enkele totaalbehandeling(en), bijvoorbeeld 'wortelkanaalbehandeling'.

Tevens is de prestatie van deze totaalbehandeling duidelijker, meer herkenbaar en in makkelijkere termen beschreven. De opbouw van de prijs verandert hierdoor ook. De codes blijven ook in deze factuur deels behouden, alleen zijn het in totaal minder codes.

De totale prijs voor de behandeling blijft per factuur van elke serie uiteraard gelijk. De effecten qua begrijpelijkheid voor termen (prestaties), prijs en codes zijn samengevat in tabel 3.1.

Tabel 3.1. Overzicht fictieve rekeningen

Factuurtype	Factuur is (heel) onbegrijpelijk	Onbegrijpelijkheid gebruikte termen (in % van de respondenten die de factuur onbegrijpelijk vinden)	Idem opbouw prijs	Idem gebruikte codes
Serie 1 Prothesebehandeling				
Factuur 1	37%	85%	14%	49%
Factuur 2	11%	41%	33%	52%
Factuur 3	25%	20%	56%	21%
Serie 2 Orthodontiebehandeling				
Factuur 4	43%	95%	17%	44%
Factuur 5	3%	43%	29%	57%
Factuur 6	25%	15%	71%	15%
Serie3 Wortelkanaalbehandeling				
Factuur 7	54%	93%	9%	47%
Factuur 8	1%	50%	25%	50%
Factuur 9	5%	33%	50%	25%
Serie 4 Consult, tandsteen verwijderen en behandelplan				
Factuur 10	20%	70%	23%	49%
Factuur 11	12%	68%	29%	32%
Factuur 12	23%	38%	55%	27%

Bron: NZa

Dit onderzoek met fictieve rekeningen laat zien dat de facturen met bestaande prestatiebeschrijvingen als meest onbegrijpelijk worden gezien. De onduidelijkheid zit vooral in de gebruikte termen en codes. De aangepaste nieuwe rekeningen worden als meer begrijpelijk aangemerkt. Consumenten prefereren de facturen waarop de behandelingen niet in medische termen, maar in duidelijke, voor de consumenten herkenbare woorden zijn geschreven.

Van de originele facturen (met bestaande prestatiebeschrijvingen) scoort de factuur waarin vaak voorkomende behandelingen zijn genoemd (periodiek preventief onderzoek, tandsteen verwijderen enz.; factuur 10) qua totale begrijpelijkheid het best. Consumenten zullen deze rekeningen waarschijnlijk herkennen doordat ze een dergelijke rekening zelf al eens ontvangen hebben. Echter, ook van deze factuur merken de consumenten op dat de gebruikte termen en codes duidelijker kunnen worden beschreven.

De factuur voor een wortelkanaalbehandeling wordt als meest onbegrijpelijk van de vier originele facturen aangewezen (54% onbegrijpelijk).

Hier is goed zichtbaar dat het in heldere taal beschrijven van de behandelingen de transparantie van de prestaties enorm beïnvloedt. De 'nieuwe' rekeningen over de wortelkanaalbehandeling worden als (heel) begrijpelijk getypeerd (99% en 95% begrijpelijk).

Consumenten vinden de rekeningen met nieuwe beschrijvingen op basis van de bestaande deelbeschrijvingen begrijpelijker dan de rekeningen waarbij naast de nieuwe beschrijvingen ook de beschrijvingen zijn geclusterd tot een totaalbehandeling(en). Indien alleen naar de begrijpelijkheid van de gebruikte termen wordt gekeken (zonder opbouw prijs en codes) blijkt dat juist de rekeningen waarbij naast de nieuwe beschrijvingen ook de beschrijvingen meer zijn geclusterd tot een totaalbehandeling de meest begrijpelijke termen oplevert. Dit type rekening levert ook de meest begrijpelijke codes op. Met de toename van de begrijpelijkheid van de gebruikte termen neemt echter de begrijpelijkheid voor de opbouw van de prijs af.

Dit zou verklaard kunnen worden door één van de zaken die uit de kwalitatieve sessies, die zijn gehouden voorafgaand aan het kwantitatieve onderzoek, naar voren is gekomen: consumenten stellen prijs op een gespecificeerde rekening vanwege het psychologische effect; als er een redelijk fors totaalbedrag in rekening wordt gebracht lijkt dit bedrag reëler als zichtbaar is dat daarvoor meerdere deelhandelingen zijn uitgevoerd. In het kwantitatieve deel van het onderzoek bleek ook dat een meerderheid van de mensen behoefte heeft aan een gespecificeerde rekening. Dit verklaart waarschijnlijk waarom in totaal de tweede type factuur als het meest begrijpelijk wordt aangewezen.

Conclusie

Dit lijkt er op te wijzen dat om de totale factuur te begrijpen de beschrijvingen helder moeten worden beschreven waarbij enige clustering van de prestaties gewenst is, maar waarbij de behandeling nog dusdanig gespecificeerd is dat de consument de opbouw van de prijs begrijpt.

In hoofdstuk 5 (paragraaf 5.3.2) worden de resultaten van het consumentenonderzoek gebruikt bij de keuze welke prestatievariant het meest geschikt is voor de bekostigingstructuur mondzorg.

3.4 Transparantieverbeteringen

Het consumentenonderzoek geeft aan dat consumenten behoefte hebben aan meer transparantie. De NZa ziet mogelijkheden om de transparantie van kwaliteit, prestatie en prijs te verbeteren. Hierna wordt dit toelicht.

3.4.1 Transparantie van kwaliteit

Beroeps- en wetenschappelijke verenigingen zijn steeds bewuster bezig met kwaliteitsbeleid⁵⁰. De kwaliteit wordt geborgd middels de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Er zijn voldoende mogelijkheden voor bij/nascholing en dit wordt gestimuleerd. Daarnaast zijn er meerdere kwaliteitsregisters voor zorgaanbieders, zijn er visitatie- en

⁵⁰ De NMT heeft begin 2009 de brochures *Kwaliteit in de tandartspraktijk* en *Kwaliteitssysteem Tandheelkunde* uitgebracht, waarin een overzichtelijk beeld wordt gegeven van het huidige kwaliteitsbeleid.

herregistratietrajecten (deels in ontwikkeling) en vindt in toenemende mate intercollegiale toetsing plaats.

Tevens is certificatie mogelijk via onder andere de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). In de richtlijnontwikkeling is de trend zichtbaar van procesgerelateerde richtlijnen (horizontale/verticale verwijzing, verwijsrelatie, patiëntendossier, second opinion) naar meer medisch-inhoudelijke richtlijnen (periodiek mondonderzoek, derde molaar, kindertandheelkunde i.o., aangezichtspijn i.o. enz.). In 2005 hebben NPCF en NMT kwaliteitscriteria voor de mondzorg opgesteld op basis van wensen en ervaringen van patiënten⁵¹. De NZa vindt dit positieve ontwikkelingen.

De activiteiten van de verenigingen zijn voornamelijk input/procesgericht en (nog) niet op het zichtbaar maken van de output/resultaten. Dit leidt er toe dat in de huidige markt de kwaliteit van mondzorg niet transparant is. Er zijn geen goede indicatoren beschikbaar waaraan de kwaliteit van door aanbieders geleverde prestaties kan worden gemeten en er zijn geen normen waaraan deze kwaliteit wordt getoetst. Substantieel meer transparantie over de (relatieve) kwaliteitsprestaties van zorgaanbieders is wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing op gang te brengen. Deze kwaliteitsinformatie moet gericht zijn op de resultaten van de behandeling en niet (alleen) op de processen (zie ook 3.4.1.1.).

Het huidige kabinet heeft het onderwerp transparantie van kwaliteit als speerpunt benoemd. Het programma Zichtbare Zorg⁵² ondersteunt sinds 2007 de zorgsectoren bij het realiseren van de ambitie om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken. Het programma is opgericht in opdracht van het ministerie van VWS en ondergebracht bij de IGZ. Verzekeraars, zorgaanbieders, patiënten- en cliëntenorganisaties, de IGZ en andere partijen zijn betrokken bij het programma. Zij stellen gezamenlijk vast over welk aanbod de kwaliteit zichtbaar moet worden en zij zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Het resultaat: uiteindelijk zal voor elke sector een breed gedragen set kwaliteitsinformatie worden vastgesteld. Het programmabureau Zichtbare Zorg ondersteunt hierbij en zet zich in om te waarborgen dat de gepubliceerde informatie valide, betrouwbaar en daadwerkelijk vergelijkbaar is. Alleen dan kunnen cliënten, verzekeraars, inspectie en overheid echt varen op de informatie en kunnen de zorgaanbieders erop vertrouwen dat zij op basis van vergelijkbare informatie met elkaar vergeleken worden. In 2008 is ook voor de sector Mondzorg een Zichtbare Zorg-traject opgestart met als doel het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren mondzorg.

De NZa is niet betrokken bij het Programma Zichtbare Zorg, aangezien de borging en verbetering van kwaliteit een taak voor de sector zelf is, in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De NZa vindt de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren positief en ziet dit als een noodzakelijke voorwaarde voor een effectief werkende markt.

De NZa adviseert marktpartijen om een kwaliteitskeurmerk te ontwikkelen. Het betreft niet een kwaliteitskeurmerk op basis van bijvoorbeeld certificering (zoals ISO), maar een methode waarmee de consument gemakkelijk kan zien hoe de zorgaanbieder kwalitatief werkt ten opzichte van andere zorgaanbieders. Vergelijk dit met de kwalitatieve waardering van restaurants via Michelinsterren of de waardering van films op basis van een vijfpuntschaal.

⁵¹ Zie website www.npcf.nl; brochure *Kwaliteitscriteria voor Tandartsenzorg vanuit cliëntenperspectief*, NPCF, najaar 2005. Deze brochure is door de NPCF herzien, in samenwerking met Cliëntenbelang Utrecht en Zorgbelang Gelderland. In februari 2008 is de nieuwe brochure *Kwaliteitscriteria voor tandartsenzorg vanuit patiëntenperspectief* gepubliceerd.

⁵² Zie website www.zichtbarezorg.nl

Uit het consumentenonderzoek blijkt dat een meerderheid van de consumenten aan een dergelijk kwaliteitskeurmerk behoefte heeft. Deze ontwikkeling zou bijvoorbeeld onderdeel kunnen worden gemaakt van het Zichtbare Mondzorg-traject (IGZ). Met de via kwaliteitsindicatoren verkregen informatie kan een puntensysteem ontwikkeld worden dat als keurmerk kan fungeren.

Ter verbetering van de transparantie van kwaliteit kan de NZa transparantieregels opleggen indien de markt onvoldoende transparant is. Op dit moment ziet de NZa daar voor het aspect kwaliteit geen aanleiding toe aangezien de markt werkt aan het zichtbaar maken van transparante kwaliteitsinformatie. Timing is daarbij belangrijk en de NZa vindt dan ook dat dit voor delen die snel naar de vrije markt gaan topprioriteit moet zijn. De NZa blijft dit aspect dan ook monitoren (zie hoofdstuk 6).

3.4.1.1 Toegevoegde waarde mondzorg

Consumenten kunnen alleen goede zorg herkennen of goede keuzes maken voor de voor hun benodigde zorg, als er informatie is over de resultaten van de zorg. Door de zorgvraag centraal te stellen en de concurrentie in de zorg te richten op de resultaten van zorg en niet de kosten, wordt een prikkel gegeven om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten te verlagen. Hiervoor moet de *toegevoegde waarde* van de zorg transparant worden gemaakt: de gezondheidsuitkomst per uitgegeven euro voor de zorg. Het uitgangspunt van toegevoegde waarde van de zorg is door Michael Porter beschreven in zijn boek 'Redefining health care'⁵³. De ideeën van Porter zijn breed als waardevol aangemerkt in de gezondheidszorg en ook de NZa vindt een dergelijke ontwikkeling positief.

Zorgaanbieders moeten zich volgens Porter richten op onder andere het toepassen van de bekende best practices, het voorkomen van fouten, het stellen van betere diagnoses, door behandelingen te richten op oorzaken in plaats van symptomen en door te investeren in preventie. De resultaten moeten worden gemeten door het opstellen van een productiviteitscurve, waarbij de kwaliteit van het zorgresultaat in een specifiek medisch geval wordt afgezet tegen de volledige zorgkosten van een dergelijk geval. Een aanbieder die zich niet op de curve bevindt moet (geprikkelde) een inhaalslag te maken richting de curve. De uitkomsten moeten worden gemeten per aandoening, niet per groep aanbieders of praktijken. Kortom, geen focus op input en proces, maar op resultaat.

Om de zorgvraag te kunnen relateren aan de uitkomsten moet de zorgvraag bekend zijn en het resultaat van de (specifieke) behandelingen meetbaar. Deze gegevens en methodieken zijn nog weinig voorhanden in de mondzorg. Bestaande benchmarksystemen zijn systemen om de declaraties te controleren. Deze laten alleen zien hoeveel er gedeclareerd is ten opzichte van andere aanbieders, maar niet wat het resultaat is van de behandelingen.

Een voorbeeld van een resultaat/outputmeting is het traject dat voor de deelmarkt orthodontie is gestart: het meten van de orthodontiebehandelingen middels de ICON-methode⁵⁴.

⁵³ Porter, M.E., & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. Massachusetts: Harvard Business School Press.

⁵⁴ ICON: Index of Complexity, Outcome and Need. Zie Daniels, C., & Richmond, S. (2000). The development of the Index of Complexity, Outcome and Need (ICON). *Journal of Orthodontics*. 27:149-162.

Vooraf wordt de complexiteit van de behandeling gemeten; aan het eind van de behandeling wordt informatie gemeten over de gerealiseerde verbeteringen. Deze methodiek moet volgens voorlopige planning in 2010 breed zijn ingevoerd. Dit vindt de NZa een zeer wenselijke en positieve ontwikkeling want het is een mooi voorbeeld van een outcome meting.

Om de resultaten van de zorg te meten zouden meer methodieken kunnen worden ontwikkeld en ingevoerd in de mondzorg. Dat is een omvangrijk traject, maar op middellange termijn ziet de NZa dit als een wenselijk eindsituatie. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, via het Programma Zichtbare Zorg, en de invoering van de ICON-methodiek is hiertoe een belangrijke stap.

3.4.2 Transparantie van prestatie

In de huidige markt ontbreekt het aan eenduidige prestatiebeschrijvingen. Dit wordt bevestigd door het consumentenonderzoek en sluit aan bij hetgeen de NZa eerder in de consultatiedocumenten heeft gesteld. De Consumentenbond en de NPCF onderschrijven dat de transparantie in de mondzorg verbeterd kan en moet worden. Net als de NZa ontvangen deze organisaties signalen van patiënten waaruit blijkt dat binnen de mondzorg veel onduidelijkheid heerst over uiteenlopende onderwerpen. Vaak gaat het om vragen en klachten over behandelingen die zijn uitgevoerd en de factuur van (deze) behandelingen. Voor de consument is het moeilijk na te gaan wat er precies 'in de mond is gedaan'. Het is voor de consument lastig te beoordelen of de prestaties die in rekening zijn gebracht ook de prestaties zijn die de zorgaanbieder heeft uitgevoerd. Voor de mondzorg zijn nu een groot aantal prestatiebeschrijvingen opgesteld, wat de transparantie negatief beïnvloedt.

De NZa merkt op dat het verklaarbaar is dat de bestaande beschrijvingen onvoldoende transparant zijn voor de consument. De prestatiebeschrijvingen en bijbehorende coderingen waren oorspronkelijk (alleen) bedoeld voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De beschrijving van de huidige prestaties is dan ook bijzonder medisch-technisch van aard en daardoor voor consumenten moeilijk te begrijpen. Daarnaast is het aantal prestaties in de loop der jaren behoorlijk uitgebreid. Dit is een gevolg van het feit dat er in de mondzorg niet één standaardbehandeling is en omdat er sprake is van een verrichtingsstelsel: elke handeling moet apart worden beschreven waardoor de zorgaanbieder de mogelijkheid heeft om uit de set van verrichtingen die verrichtingen te kiezen die van toepassing zijn voor de totale behandeling.

De mate waarin de bestaande prestaties nu niet transparant zijn verschilt. De prestaties consultatie, (röntgen)diagnostiek, mondhygiëne en orthodontie zijn meer transparant beschreven dan andere behandelingen. Echter, ook deze beschrijvingen kunnen nog verduidelijkt worden. Het consumentenonderzoek bevestigt dit.

De NZa gaat ter verbetering van de transparantie van de prestaties de (bestaande/nieuwe) prestaties voor de mondzorgmarkt op een voor de consument begrijpelijke wijze beschrijven en herschrijven en het aantal beschrijvingen verminderen. In hoofdstuk 5 wordt hier verder op ingegaan. Daarnaast komen in hoofdstuk 5 de uitgangspunten, criteria voor het vaststellen van prestaties en de toetsingscriteria voor mogelijke varianten om prestaties te beschrijven aan bod. In combinatie met de resultaten van het consumentenonderzoek wordt bepaald welke variant het meest geschikt is voor de bekostigingsstructuur mondzorg.

Tevens worden andere verbeteringen op het gebied van prestatiebeschrijvingen genoemd, zoals het geven van ruimte aan preventie, innovatie en topreferente zorg.

3.4.3 Transparantie van prijs

Op dit moment is de prijs niet altijd transparant. In bepaalde deelmarkten (bv. orthodontie, implantologie) is het gebruikelijker vooraf een prijsopgave te verstrekken dan in andere deelmarkten voor mondzorg. Vanwege het grote aantal bestaande prestatiebeschrijvingen is het snel en gemakkelijk opzoeken van de prijzen moeilijk voor de consument. Daarnaast is het lastig voor een consument om achteraf te controleren of de in rekening gebrachte prijs overeenkomt met de verkregen behandeling. Dit wordt bemoeilijkt door de voor de consument onbegrijpelijke termen op de rekening.

Het consumentenonderzoek maakt duidelijk dat de consument behoefte heeft aan informatie over de prijs van de totale behandeling en over de deelbehandelingen. Men wil inzicht hebben in de kostenopbouw en heeft daarom behoefte aan een gespecificeerde rekening. Ook heeft het merendeel behoefte aan een prijsopgave voorafgaand aan de behandeling.

Door het aanpassen van de prestatiebeschrijvingen door de NZa en het verminderen van het aantal prestaties zal ook de transparantie van de prijs deels toenemen.

Verder gaat de NZa ter verbetering van de transparantie van prijs de zorgaanbieders verplichten om standaard voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van € 150 prijsopgaven vooraf te verstrekken⁵⁵, zoals dit in bijvoorbeeld de markt voor orthodontie en implantologie al gebruikelijk is. Dit kan gelijktijdig worden besproken met het behandelplan⁵⁶. Het bedrag van € 150 komt voort uit het consumentenonderzoek. Een prijsopgave vooraf en een begrijpelijke factuur achteraf, geeft tevens een impuls voor de consument om de declaratie te controleren (transparantie achteraf).

Voor de transparantie achteraf is het tevens nodig dat de zorgaanbieder door de NZa verplicht wordt gesteld de factuur voor ingekochte tandtechniek aan de consument te laten zien⁵⁷ ⁵⁸. Deze regel geldt op dit moment alleen als de patiënt dan wel diens verzekeraar hierom verzoekt.

⁵⁵ Op basis van art. 38 Wmg. Op basis van artikel 38 lid 1 Wmg zijn zorgaanbieders al verplicht hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief te informeren. Bij de verplichting van prijsopgave gaat het om het tijdig informeren over het totale bedrag van de behandeling.

⁵⁶ In het kader van de WGBO sluiten zorgaanbieder en patiënt, nadat de patiënt over de behandelingsmogelijkheden is geïnformeerd en toestemming heeft verleend voor de behandeling, een behandelingsovereenkomst.

⁵⁷ Bijvoorbeeld via een kopie van de factuur die de zorgaanbieder heeft ontvangen van de tandtechnische onderneming. Voor declaratie via factureringsmaatschappijen zou overwogen kunnen worden om een digitale factuur door de tandtechnische onderneming aan de factureringsmaatschappij (al dan niet via de zorgaanbieder) toe te sturen die door de factureringsmaatschappij aan de factuur van de totale behandeling wordt gehecht. Dit vergt wel ICT-aanpassingen.

⁵⁸ Op basis van art. 38 Wmg.

Met deze regeling heeft de consument naast inzicht in de kosten van tandtechniek, ook inzicht in de fabrikant van de materialen en in welke materialen zijn gebruikt⁵⁹. Vanwege de vrije markt zal niet de verplichting worden gesteld dat de ingekochte tandtechniek één-op-één moet worden doorberekend aan de consument, zoals dit in het huidige tariefgeruleerde systeem wel het geval is.

In de situatie van vrije prijzen (zie hoofdstuk 4) is het belangrijk dat de consument de verschillen in prijs tussen verschillende aanbieders goed kan vergelijken. Analoog aan de markten waar reeds vrije prijzen gelden zal de NZa, indien de Minister een aanwijzing geeft om de prijzen mondzorg vrij te laten, de aanbieders verplichten een standaardprijzlijst⁶⁰ openbaar te maken op een voor de consument makkelijk toegankelijke plek (website, wachtkamer enz.) Tevens wordt de aanbieder dan verplicht gesteld om de prijzen, op verzoek van een derde, telefonisch direct te melden dan wel binnen 48 uur per post of digitaal toe te zenden. Daarnaast adviseert de NZa om de standaardprijzen van alle aanbieders landelijk zichtbaar te maken via een website, zoals kiesbeter.nl of commerciële marktwebsites.

Naast de prijs van de behandeling moet de consument beschikken over informatie over het eventuele vergoedingsbedrag van de behandeling vanuit een aanspraak op de basisverzekering Zwv/AWBZ of vanuit aanvullende verzekering. Daarmee wordt de eigen betaling voor de consument transparant. De zorgverzekeringspolissen moeten op dit punt helder zijn. De NZa ziet vanuit haar taak als toezichthouder op de Zorgverzekeringswet toe of hetgeen door verzekeraars in de modelovereenkomsten (die leiden tot zorgpolissen) is opgenomen juist is en of de rechten en plichten beschreven zijn die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben. Het is de serviceplicht van de verzekeraar om aan zijn verzekerden de relevante vergoedingen uit te leggen.

3.5 Conclusie

Een transparante markt is een basisvoorwaarde voor een goed functionerende markt. In dit hoofdstuk is het belang van transparantie toegelicht. De resultaten van het consumentenonderzoek naar de ervaren en gewenste transparantie mondzorg geven aan dat consumenten (een latente) behoefte hebben aan meer transparantie: het merendeel van de patiënten heeft behoefte aan informatie over prijs en kwaliteit, van behandelaar en behandeling. Daarnaast vinden consumenten de bestaande prestatiebeschrijvingen en codes op facturen onduidelijk en zouden ze deze graag in begrijpelijke termen geformuleerd willen zien. Consumenten hebben hierbij behoefte aan het in een voor patiënten heldere taal beschrijven van de prestaties, waarbij de rekening tevens voldoende inzicht biedt in de opbouw van de prijs. In dit hoofdstuk zijn mogelijkheden genoemd om de transparantie van prestatie, prijs en kwaliteit te verbeteren. Het betreft:

Transparantie van kwaliteit:

- Indicatoren zijn nodig waarmee de consumenten en verzekeraars de door aanbieders geleverde kwaliteitsprestaties kunnen meten.

⁵⁹ Een dergelijke plicht tot informatieverstrekking bestaat al vanwege de Europese Richtlijn Medische Hulpmiddelen.

⁶⁰ Een standaardprijs is de prijs die geldt voor een prestatie bij de betreffende aanbieder(s). Vanwege individuele omstandigheden, bijvoorbeeld zorgwaarte, kan van deze standaardprijs worden afgeweken. De standaardprijzlijst bevat de meest recente prijzen.

Outcome-indicatoren zijn het meest wenselijk. Hiermee kan de toegevoegde waarde worden gemeten.

Het Programma Zichtbare Zorg van IGZ is samen met marktpartijen gestart met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren mondzorg.

- Naast het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren zouden meer methodieken ontwikkeld en ingevoerd kunnen worden in de mondzorg om de resultaten van de zorg te meten. De ICON-methodiek is hier een voorbeeld van.
- Daarnaast adviseert de NZa marktpartijen om hun kwaliteitsbeleid verder vorm te geven. Zo zouden bijvoorbeeld meer medisch-inhoudelijke richtlijnen opgesteld kunnen worden en zou visitatie verplicht kunnen worden gesteld.
- De NZa adviseert marktpartijen een voor de consument duidelijk kwaliteitskeurmerk te ontwikkelen.

Transparantie van prestatie:

- De invoering van heldere, voor de consument begrijpelijke prestatiebeschrijvingen is nodig (zie hoofdstuk 5).

Transparantie van prijs:

- De transparantie van prijs zal deels toenemen door het transparant maken van de prestatiebeschrijvingen.
- In de situatie van vrije prijzen gaat de NZa de aanbieders verplichten standaardprijzlijsten openbaar te maken voor consumenten op een voor de consument makkelijk toegankelijke plek. Tevens wordt de aanbieder dan verplicht gesteld om de prijzen, op verzoek van een derde, telefonisch direct te melden dan wel binnen 48 uur per post of digitaal toe te zenden.
- De standaardprijzlijsten moeten landelijk zichtbaar worden gemaakt via een website, zoals kiesbeter.nl of een commerciële marktwebsite.
- De NZa gaat de aanbieders verplichten om standaard voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van € 150 vooraf een prijsopgave te verstrekken aan de consument.
- De NZa gaat de aanbieders verplichten de factuur voor ingekochte tandtechniek aan de consument te laten zien.

4. Mogelijkheid tot vrije prijsvorming

De NZa moet de juiste voorwaarden scheppen om een markt goed te laten functioneren. Liberaliseren is daarbij een instrument. De regulering van de NZa moet zich uiteindelijk richten op het randvoorwaardelijk beschermen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Niet op het aanbod, de organisatie en de feitelijke inrichting van zorg. Zorgaanbieders moeten ruimte krijgen om op behoeften van cliënten in te spelen. Consumenten, in hun dubbele rol als patiënt en premiebetaler, hebben belang bij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Dit hoofdstuk gaat allereerst in op de voordelen van marktwerking en het toepassen van de meetlat. Daarna komen de prikkels die de zorginkopers hebben om kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke zorg in te kopen, aan bod. Deze prikkels zijn noodzakelijk om zorgaanbieders hiertoe te stimuleren. Daarna wordt gekeken naar mogelijke anticompetitieve gedragingen van aanbieders en verzekeraars die een goede werking van de markt in de weg kunnen staan. Vervolgens wordt gekeken naar mogelijke ongewenste negatieve externe effecten die zich kunnen voordoen als een markt wordt vrijgegeven. Ten slotte volgt het advies met betrekking tot de liberalisering van de mondzorg.

4.1 Marktwerking

De kern van liberalisering van markten is dat prijsregulering in sectoren wellicht niet nodig en soms niet wenselijk is. Als marktspelers de hun toegedichte rol op de markt goed kunnen spelen, kan overheidsregulering verstoring werken. Het vrijgeven van gereguleerde prijzen is geen doel op zich, maar een instrument om het algemeen consumentenbelang te vergroten. Meer marktwerking betekent ook niet dat er geen regels meer zijn, maar wel dat er andere regels zijn die meer vrijheid en flexibiliteit mogelijk maken en die de verantwoordelijkheden tussen partijen anders toedeelt. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. In plaats van het vaststellen van regels voor wat er allemaal precies moet gebeuren en op welke manier dit moet plaatsvinden, gaat het erom duidelijk te maken welke prestaties worden verwacht en welke spelregels gelden.

Het is van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden gemotiveerd om de juiste zorg te leveren aan de juiste personen op het juiste moment (goede coördinatie). Dit alles moet gebeuren tegen zo laag mogelijke transactiekosten. Wanneer er een groot risico bestaat dat het gedrag van marktspelers een goede werking van de markt belemmert kan het noodzakelijk zijn maatregelen te nemen om de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid te beschermen. De NZa gaat er vanuit dat vanuit de meeste aanbieders van mondzorg intrinsiek gemotiveerd en geprikkeld worden om de beste zorg te leveren. De extrinsieke prikkels moeten zo gericht worden dat zij dit gedrag ondersteunen en versterken in plaats van afzwakken of op de proef stellen.

4.1.1 Gereguleerde tarieven vs. vrije prijzen

Voordelen van tariefregulering zijn:

- Een bepaalde mate van inkomenszekerheid bij aanbieders en voor de verzekeraars meer zekerheid in de maximale uitgaven voor zorg.
- Een lage kans op prijsstijgingen (inclusief eigen bijdragen) voor de consument.
- Lagere transactiekosten, doordat aanbieders en verzekeraars niet zelf hoeven te onderhandelen over de hoogte van het tarief.
- Het handhaven van bereikbaarheid doordat de tarieven zo kostendekkend worden vastgesteld dat ook praktijken met een lager omzetvolume dan gemiddeld kunnen bestaan.
- Eventuele marktmacht van aanbieders wordt beteugeld.

Nadelen van tariefregulering zijn:

- Gemiddelde versus individuele kosten: Bij het reguleren van tarieven worden de tarieven gebaseerd op gemiddelde kosten. De werkelijke kosten per aanbieder zullen hier van afwijken bijvoorbeeld als gevolg van lokale kostprijsverschillen en schaalverschillen. Bij het reguleren van landelijk geldende tarieven is het onmogelijk om met deze verschillen rekening te houden.
- Beperkt onderscheid zorgaanbieders: Bij landelijke gereguleerde tarieven is het moeilijk voor een zorgaanbieder om zich te kunnen onderscheiden bijvoorbeeld op basis van kwaliteit of kostenverschillen.
- Regulering belemmert innovatie. Doordat de zorgaanbieders zich niet kunnen onderscheiden ontbreekt ook de directe prikkel tot innovatie.
- Over/onderwinsten: Als landelijk gereguleerde tarieven niet goed worden onderhouden, waardoor ze gemiddeld te hoog of te laag kunnen zijn, worden overwinsten of verliezen gemaakt. Dit kan leiden tot een te hoge betaling en zorgpremie of tot risico's voor de continuïteit van kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.
- Een gereguleerd tariefsysteem bevat kruissubsidies, doordat vanwege de gemiddelde landelijke tarieven sommige activiteiten bij individuele aanbieders winstgevend zijn en andere niet. Hierdoor kan de prikkel ontstaan om te beknibbelen op activiteiten die voor de consument juist wenselijk kunnen zijn. De consument kan hier in een gereguleerd systeem niet actief op sturen.

In de mondzorg is er een grote verscheidenheid aan praktijkvormen en geleverde zorg per praktijk. Dit betekent dat de nadelen van regulering zich in de mondzorg op grote schaal kunnen voordoen.

Voordelen van vrije prijzen:

- Ruimte voor individuele omstandigheden, ondernemerschap en onderscheid tussen aanbieders. Dit kan leiden tot meer variatie in het aanbod.
- Prikkel tot kwaliteit en meer inzicht in prijs/kwaliteitverhouding.
- Meer mogelijkheden tot innovatieve zorg. Zo krijgen partijen bijvoorbeeld ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant.
- Stimulans voor toetreding in regio's met schaarste. In een vrije markt komen schaarsteverhoudingen beter tot uitdrukking. Bij regionale tekorten kan dit leiden tot nieuwe toetreders waardoor de toegankelijkheid van de markt verbetert.
- Ruimte om recht te doen aan verschillen in zorgwaarde.
- Het geeft een prikkel om de transparantie in de markt te vergroten, waardoor de concurrentiedruk tussen aanbieders kan stijgen en er sterkere prikkels zijn om efficiënt te opereren.

Vrije prijzen kunnen leiden tot een betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De angst die wel wordt benoemd is dat marktwerking in de zorg leidt tot alleen concurrentie op prijs en dat de kwaliteit daarbij inboet. Aanbieders zouden het doel van zorgverlening vergeten en alleen zoveel mogelijk winst willen maken. Het is niet te verwachten dat dit gebeurt. Het gaat om zorg waarbij aanbieders hun hart en ziel leggen in het beter maken van patiënten. Waarom zouden deze mensen dit vergeten als er sprake is van meer marktwerking? Ook in een gereguleerde setting concurreren aanbieders met elkaar. Het idee achter marktwerking met vrije prijzen is dat er efficiënter wordt gewerkt, met lagere kosten en verbetering van de kwaliteit. De toegankelijkheid kan toenemen waardoor meer mensen worden geholpen. Door het stimuleren van innovatie kunnen meer patiënten worden behandeld met behulp van verbeterde technieken. Vrije prijzen geeft een prikkel tot kwaliteitsverbeteringen en een betere prijs/kwaliteitverhouding. Naarmate de kwaliteit van zorg transparanter wordt neemt het risico op kwaliteitsverlies af.

4.1.2 Meetlat vrije prijsvorming

Om te bepalen of op een markt al dan niet ruimte is voor vrije prijzen heeft de NZa de meetlat gehanteerd die gepresenteerd is in het *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg*⁶¹. De situatie van vrije prijzen doet recht aan de verschillen tussen de verschillende aanbieders van mondzorg en stimuleert transparantie, innovatie en kwaliteit. Daarnaast bieden vrije prijzen de ruimte om verschillen in zorgzwaarte bij patiënten tot uitdrukking te laten komen.

In de meetlat zijn factoren opgenomen die ervoor zorgen dat de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn en het consumentenbelang is geborgd. Aan deze meetlat heeft de NZa een aantal mogelijke anticompetitieve gedragingen toegevoegd. Reden hiervoor is dat anticompetitieve gedragingen een zodanig effect kunnen hebben op de werking van de markt, dat het van belang is om hier vooraf een goede inschatting van te maken. Bij de externe effecten ligt de focus op de aspecten die zich ook daadwerkelijk zouden kunnen voordoen op de verschillende marktsegmenten voor mondzorg die in dit document worden behandeld. Ter uitbreiding van hetgeen in het consultatiedocument is beschreven, heeft de NZa voor het visiedocument ook de meetlat ingevuld voor prestaties die alleen door tandartsen kunnen worden geleverd. Dit is een aanvulling van de meetlat op de al eerder onderzochte prestaties die door orthodontisten, mondhygiënist, tandprotheticen en tandartsen kunnen worden aangeboden. Om de verschillen tussen de verschillende deelmarkten duidelijk te kunnen weergeven worden de prestaties die door een tandarts worden aangeboden in dit document aangeduid met *tandheelkunde*. Daarmee wordt niet bedoeld dat de overige aanbieders geen tandheelkunde bedrijven. Het gaat puur om de leesbaarheid van de analyse.

De NZa benadrukt dat vanuit marktwerkingsperspectief het onderscheid tussen basisverzekering Zwv/AWBZ en aanvullende verzekering/niet-verzekerde zorg niet relevant is voor de analyse of vrije prijzen mogelijk zijn. Het feit dat een deel van de mondzorg vergoed wordt is op zichzelf geen reden om de prijzen te reguleren. Voor de analyse of een markt geschikt is voor vrije prijzen zijn de criteria in de meetlat leidend. Deze analyse is voor de mondzorg in principe gelijk voor verzekerde en niet-verzekerde zorg (zie ook paragraaf 4.7.1).

⁶¹ Zie www.nza.nl

4.2 Inkoopprikkels

Als een markt wordt vrijgegeven is het van belang dat de inkopers van zorg, dit kunnen zowel verzekeraars als consumenten zijn, prikkels ervaren om goed in te kopen. Hierdoor wordt de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg geborgd. Hierbij hoeven niet beide partijen deze prikkel te ervaren, maar in ieder geval één van de partijen. Het is op voorhand moeilijk om te voorspellen of partijen prikkels ervaren om goed in te kopen. De inkoopende partij moet idealiter alleen zorg afnemen bij de aanbieders met de beste prijs- kwaliteitverhouding. Daarnaast is het belangrijk dat de verzekeraar of consument over een zekere mate van inkoopmacht beschikt. Alleen dan worden aanbieders ook daadwerkelijk gestimuleerd om zorg tegen de beste prijs- kwaliteitverhouding aan te bieden. Een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt zorgt er vervolgens voor dat verzekeraars de behaalde inkoopvoordelen doorgeven aan hun klanten.

4.2.1 Prikkel verzekeraar

Zoals in het visiedocument *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg* is aangegeven kunnen verzekeraars externe en interne prikkels ervaren om goed in te kopen.

- *Externe prikkel:* Hierbij gaat het om de vraag of verzekerden bij het kiezen van een polis letten op de door verzekeraars ingekochte zorg⁶². Dit vormt immers een belangrijke stimulans voor verzekeraars om zich op dit gebied van elkaar te onderscheiden en om goed in te kopen. Voor de prestaties die door tandartsen en orthodontisten worden geleverd geldt de eerder genoemde nuancering dat de inkooprol van verzekeraars op deze markten momenteel beperkt is. Verzekeraars kunnen zich alleen van elkaar onderscheiden via de hoogte van de door hen vastgestelde premie en het door hun vastgestelde vergoedingsbeleid (hoogte, reikwijdte). Voor de zorg die onder de basisverzekering valt heeft de verzekeraar een zorgplicht waardoor hij een prikkel ervaart om goed in te kopen. Dit geldt bijvoorbeeld voor een groot gedeelte van de tandprothetische zorg. Uit onderzoek van de NZa blijkt dat maar een klein deel van de verzekerden (3%) bij zijn keuze voor een aanvullende verzekering let op de dekking van mondzorg. Verzekerden letten op dit moment vooral op de hoogte van de premie van de aanvullende verzekering bij hun keuze voor een polis. De externe prikkel voor een verzekeraar om zich op basis van zijn inkoopprestaties op het gebied van mondzorg te onderscheiden is daarom op dit moment niet groot. Transparantie van kwaliteit vergroot deze prikkel.
- *Interne prikkel:* Verzekeraars ervaren zelf prikkels om scherp in te kopen. Met een scherpe inkoop kunnen zij hun schadelast voor een bepaalde zorgsoort beperken. De prikkel om scherp in te kopen hangt hierbij in grote mate af van het financiële belang of de grootte van de uitgaven aan die specifieke zorgsoort. Hoe groter de uitgaven zijn, hoe groter de potentiële besparingen die verzekeraars kunnen verwezenlijken. Deze prikkel is sterk aanwezig met betrekking tot de prestatie die geleverd mogen worden door de tandarts en orthodontist. De schadelast wordt op dit moment beperkt door de vergoedingen te normeren tot bijvoorbeeld

⁶² Op de verschillende marktsegmenten voor mondzorg bestaat op dit moment geen verschil tussen een natura- of restitutiepolis.

een maximumbedrag per verzekerde⁶³. Voor de prestaties die worden ingekocht bij vrijgevestigde mondhygiënist en vrijgevestigde tandprotheticus is de prikkel en mogelijkheid tot scherpe inkoop ook aanwezig, maar beperkter vanwege de huidige financiële omvang van deze zorguitgaven.

4.2.2 Prikkel consument

De prikkel die een consument ervaart om zorg tegen een goede prijs/kwaliteitverhouding te verkrijgen is in grote mate afhankelijk van de vraag of hij voor deze zorg verzekerd is. Als een verzekerde volledig is verzekerd voor een bepaalde vorm van zorg, heeft hij enkel een prikkel om op de kwaliteit van de geleverde zorg te letten en niet op de kosten. Hij wil dan het liefst naar de aanbieder met de hoogste kwaliteit. Als er sprake is van een eigen bijdrage of onverzekerde zorg (wat veel voorkomt in de mondzorg) is er naast een prikkel om op kwaliteit te letten ook een sterke prijsprikkel.

Basispakket

Het basispakket biedt dekking voor tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 22 jaar (met uitzondering van onder andere niet-complexe orthodontie en tandheelkundige implantaten) en voor kinderen en volwassenen bijzondere tandheelkunde⁶⁴, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard⁶⁵ (kaakchirurgie) en uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor boven- of onderkaak⁶⁶ ⁶⁷. Met ingang van 1 januari 2008 is de leeftijdsgrens voor mondzorg in de Zorgverzekeringswet verruimd van 18 tot 22 jaar. Hierbij geldt wel het wettelijk verplicht eigen risico voor 18 tot 22-jarigen voor de chirurgische tandheelkunde van specialistische aard, inclusief het daarbij behorende röntgenonderzoek, de uitneembare volledige gebitsprothese en de bijzondere tandheelkunde.

Aanvullende verzekering

De meeste mondzorg voor volwassenen (in dit geval 22 jaar en ouder) valt niet onder de Zvw. Hiervoor kunnen zij zich aanvullend verzekeren. De meeste aanvullende verzekeringen hebben de vorm van een zogenoemde *sommenpolis* (zie ook paragraaf 3.3.1). Uit de polissen van verzekeraars blijkt dat de vergoeding voor tandheelkundige behandelingen per verzekeraar en per specifieke polis verschilt.

⁶³ In de huidige situatie worden soortgelijke prestaties door verschillende aanbieders tegen verschillende tarieven aangeboden. Een orthodontist of tandprotheticus levert een zelfde soort behandeling bijvoorbeeld tegen een goedkoper tarief dan een tandarts. Verzekeraars spelen hier echter niet op in via hun inkoopbeleid. Zij vergoeden alle zorg die door een tandarts wordt geleverd, ook al is dit tegen een hoger tarief.

⁶⁴ Inclusief orthodontische hulp wanneer er sprake is een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

⁶⁵ Met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

⁶⁶ Voor een volledig overzicht van de vergoedingen die onder het basispakket vallen zie www.cvz.nl.

⁶⁷ Voor een uitneembare volledige prothese is een eigen bijdrage van 25% verschuldigd.

Verzekerden kunnen meestal kiezen uit aparte aanvullende mondzorgverzekeringen⁶⁸. Bij de meeste verzekeraars is het mogelijk om uit drie verschillende polissen te kiezen die qua dekking en vergoeding van elkaar verschillen. Bij een standaardverzekeraar kan bijvoorbeeld gekozen worden voor polis A, B en C, waarbij polis A voor een bepaalde premie tot maximaal € 250 vergoedt, polis B tot maximaal € 500 vergoedt en polis C tot maximaal € 1000 vergoedt. Er zijn ook verzekeraars die een bepaald percentage van de kosten vergoeden, bijvoorbeeld 75%, tot een bepaald maximumbedrag. Per specifieke polis kunnen de behandelingen die worden vergoed verschillen. Bij de ene verzekeraar wordt geen onderscheid gemaakt in de te vergoeden behandelingen, terwijl een andere verzekeraar bijvoorbeeld 100% vergoeding biedt voor reguliere behandelingen (consulten, mondhygiëne, trekken en vullingen) en bijvoorbeeld de duurdere tandheelkundige behandelingen zoals kroon- en brugwerk maar voor 75% vergoedt. Ook zijn er verzekeraars die bepaalde behandelingen helemaal niet vergoeden zoals de kosten voor orthodontie en techniekkosten⁶⁹.

Uit onderzoek van NIVEL blijkt dat ongeveer driekwart van de verzekerden een aanvullende verzekering heeft afgesloten voor de tandarts⁷⁰. Hiervan is niet bekend hoeveel van deze verzekerden kiezen voor een uitgebreide dan wel minder uitgebreide dekking van de polis. Ook bij de meest uitgebreide verzekering geldt echter dat in veel gevallen de verzekerde zelf een deel van de kosten betaalt als hij een bepaalde behandeling nodig heeft. Slechts bij enkele verzekeraars is dit niet het geval.

De verzekerde ervaart dus, afhankelijk van zijn zorgvraag en de gekozen polis, in veel gevallen een sterke prikkel om op de prijs van de geleverde zorg te letten. Hij heeft er dus direct belang bij om scherp in te kopen.

4.2.3 Marktverhoudingen

Voor een goede werking van de markt moet een verzekeraar of de consument over een goede onderhandelingspositie ten opzichte van de verschillende zorgaanbieders beschikken. In die situatie kunnen zij goed invulling geven aan hun inkooprol. Als de verzekeraar de belangrijkste inkoper op een markt is, worden in een goed werkende zorgverzekeringsmarkt de inkoopvoordelen doorgegeven aan de verzekerden. Als de consument de belangrijkste inkoper op de markt is, zal hij direct voordeel hebben bij een goede inkoop van zorg.

Deze paragraaf gaat als eerste in op een aantal aspecten dat de onderhandelingsmacht van een inkoper bepaalt. De onderhandelingspositie van een inkoper hangt onder andere af van de marktsituatie in een bepaalde sector. Is er sprake van marktmacht aan de kant van één of meer aanbieders? En zo ja, waardoor wordt deze veroorzaakt? Zijn er bijvoorbeeld toetredingsdrempels?

⁶⁸ Bij een enkele verzekeraar is het niet mogelijk om een aparte tandartsenverzekering af te sluiten. Bij deze verzekeraars is de vergoeding voor tandheelkundige behandelingen opgenomen in de aanvullende verzekering waarin ook de vergoedingen voor andere zorgsoorten zijn opgenomen zoals fysiotherapie, kraamzorg etc.

⁶⁹ Over het algemeen blijkt dat verzekerden geen moeite hebben om aanvullende polissen met elkaar te vergelijken. De belangrijkste factor waarop verzekerden letten bij het sluiten van een aanvullende verzekering is de dekking (in dit geval niet specifiek voor de mondzorg). Voor 70% van de verzekerden die aan een enquête voor de monitor zorgverzekeringsmarkt hebben meegewerkt is de informatie om een aanvullende verzekering te kiezen begrijpelijk en goed vergelijkbaar.

⁷⁰ Judith de Jong, Marloes Loermans, Marjan van der Maat, *De aanvullende tandzorgverzekering*, NIVEL, 2008.

4.2.3.1 Verzekeraar

Prestaties orthodontie en tandheelkunde

De sterkte van de onderhandelingspositie van een verzekeraar hangt onder andere af van de marktsituatie in een bepaalde sector. Voor de prestaties die door orthodontisten en tandartsen worden aangeboden geldt dat er in de huidige situatie beperkt sprake is van een marktrelatie tussen verzekeraars en aanbieders. Het grootste deel van de tandartsen en orthodontisten tekent geen inhoudelijk contract met een verzekeraar. Als verzekeraars en aanbieders wel een contract afsluiten is het de verwachting dat de aanbieders op deze markt en zeker de tandarts, door de relatief lange en sterke vertrouwensrelatie die hij op dit moment met de patiënt heeft en zijn (in)formele verwijzrol, voldoende tegenwicht kan bieden aan verzekeraars.

Prestaties mondhygiëne en tandprothetici

Met de mondhygiënist die in loondienst zijn bij een tandarts heeft de verzekeraar geen contractrelatie. Hij kan dan dus niet direct invloed uitoefenen op het inkoopresultaat. Bij de vrijgevestigde mondhygiënist en tandprothetici is dit grotendeels wel het geval. Voordat de verzekerde bijvoorbeeld een prothese mag laten zetten heeft de tandprotheticus in veel gevallen een machtiging van een verzekeraar nodig. Zoals uit hoofdstuk 2 blijkt, is er geen sprake van schaarste op de markt in de huidige situatie. Als er wel schaarste op de markt ontstaat, zijn de substitutiemogelijkheden beperkt. De preventieassistente kan hier voor bepaalde prestaties wat betreft de mondhygiënist wel een rol in spelen. Tandartsen die mondhygiënist in loondienst hebben, kunnen hun aanbod uitbreiden. Dit is echter sterk afhankelijk van de marktsituatie op die specifieke markt. Daarnaast is sprake van toetredingsdrempels tot de markt omdat voor de opleiding tot mondhygiënist een numerus fixus (instellingsfixus) geldt en de opleiding tot tandprothetici particulier is. De overheid kan met haar toegangsbeleid wel inspelen op veranderende omstandigheden in de markt als zij deze ex-ante goed kan voorspellen. Op deze marktsegmenten beschikt de verzekeraar over een beperkte mate van inkoopmacht, wat zorgt voor een sterke onderhandelingspositie van de verzekeraar en de mogelijkheid om consumenten te ondersteunen bij hun keuze voor een aanbieder. De mate van inkoopmacht voor de verzekeraar wordt mede veroorzaakt door de op dit moment minder lange en sterke vertrouwensrelatie vanwege de doorverwijsrol van de tandarts, tussen mondhygiënist en patiënt en tandprotheticus en patiënt. Dit kan in de toekomst echter wel veranderen.

De onderhandelingspositie van de verzekeraar hangt daarnaast af van de mate waarin hij verzekerden kan stimuleren om van het door hem gecontracteerde aanbod gebruik te maken. Hierbij kan de dreiging van uitsluiting van een contract even effectief zijn als daadwerkelijke uitsluiting. Hoe beter de verzekeraar hiertoe in staat is, hoe groter het risico is voor een bepaalde aanbieder om geen contract te krijgen als hij niet voldoet aan de wensen van de verzekeraar. De aanbieder wordt dan dus geprikkeld om een goede prijs/kwaliteitverhouding aan te bieden. De mogelijkheden om te sturen zullen groter zijn voor de prestaties die onder de aanvullende verzekering vallen dan voor de prestaties die onder de basisverzekering vallen, omdat de verzekeraar alleen voor de laatste verzekering een formele zorgplicht heeft.

In de huidige praktijk is in bepaalde polissen van verzekeraars opgenomen dat een verzekerde alleen een vergoeding krijgt als de aanbieder een contract heeft afgesloten met de verzekeraar. Als een patiënt in dat geval er voor kiest om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan moet hij de behandeling volledig of gedeeltelijk zelf betalen. Hiervan gaat een sterk sturend effect uit.

De verzekeraar beschikt in marktsegmenten met een hoge contracteringsgraad dus over mogelijkheden om aan keuzeondersteuning te doen of verzekerde te stimuleren om zorg kritisch in te kopen.

Voor de prestaties die door zowel mondhygiënisten en tandartsen worden geleverd zijn er wel meer mogelijkheden voor verzekeraars om te hoge prijzen tegen te gaan. Als een vrijgevestigde mondhygiënist een te hoge prijs vraagt, kan de verzekeraar deze aanbieder niet contracteren, als er voldoende aanbod is. Als een verzekeraar met standaardcontracten werkt bepaalt de verzekeraar in eerste instantie het tarief, maar ook hier hangen de mogelijkheden om prijsverhogingen tegen te gaan af van de vraag of er voldoende aanbod op de markt is. Verzekeraars beschikken daarnaast vrijwel niet over de mogelijkheid om prijsstijgingen bij mondhygiënisten tegen te gaan door deze zorg bijvoorbeeld af te nemen bij tandartsen. Deze beschikken immers in principe over meer marktmacht dan mondhygiënisten, waardoor het zeer onwaarschijnlijk is dat de prijzen voor deze prestaties lager zijn. Als tandartsen te hoge tarieven vragen voor prestaties die ook door mondhygiënisten worden geleverd, kan er wel een disciplinerende werking op de prijs uitgaan als er voldoende vrijgevestigde mondhygiënisten zijn en een verzekeraar patiënten gericht naar deze laatste aanbieders kan sturen. Bovenstaande analyse geldt ook voor zorg die door zowel tandprotheticipers als tandartsen kan worden geleverd.

4.2.3.2 Aanbieder

De aanbieders van mondzorg hoeven in principe niet met één of met elke verzekeraar een contract te sluiten. Als de zorgaanbieder verschillende contracten krijgt aangeboden kan hij alleen met die verzekeraars contracten sluiten die de beste contractvoorwaarden aanbieden of geen contract sluiten. De onderhandelingspositie van de aanbieder hangt mede af van het aantal concurrenten dat een contract sluit met de verzekeraar en de hoogte van de restitutievergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. Hierbij geldt dat hoe hoger het aantal concurrenten is dat een contract met de verzekeraar sluit en hoe lager het vergoedingspercentage is, hoe kleiner de onderhandelingsmacht van een aanbieder. Omdat de verzekeraar voor de zorg die in de aanvullende verzekering is opgenomen geen zorgplicht heeft hoeft hij in principe geen vergoeding te geven als een verzekerde een niet-gecontracteerde aanbieder (bij een naturapolis) van mondzorg bezoekt.

Orthodontisten, tandartsen

Het grootste deel van de tandartsen en orthodontisten heeft op dit moment geen contract (op declaratieafspraken na) afgesloten met een verzekeraar (zie ook hoofdstuk 2). Hierdoor is het voor de verzekeraar niet mogelijk om via de hoogte van de (restitutie)vergoeding zijn patiënten te sturen naar gecontracteerde aanbieders om via deze weg gunstige prijs- kwaliteit afspraken te maken met gecontracteerde aanbieders. In een situatie waarin het grootste deel van de tandartsen en orthodontisten geen contract sluit met een verzekeraar, dupeert de verzekeraar hier alleen zijn verzekerden mee. In een situatie met vrije prijsvorming bezitten tandartsen en orthodontisten daardoor naar verwachting over een zekere machtspositie op deze markt.

Mondhygiënisten en tandprotheticipers

Voor tandartsen die prestaties op het gebied van mondhygiëne of tandprothetiek aanbieden en mondhygiënisten of tandprotheticipers in loondienst hebben, geldt dezelfde analyse als hierboven. Bij vrijgevestigde mondhygiënisten en tandprotheticipers is dit anders.

Een groot deel van de vrijgevestigde mondhygiënist en tandprotheticus tekent een contract met een verzekeraar, omdat hun patiënten anders geen vergoeding krijgen van de verzekeraar. Als de patiënt een groot deel van de behandeling zelf moet betalen ervaart hij een sterke prikkel om of naar een tandarts te gaan waarvoor de behandeling wel binnen de aanvullende verzekering valt of voor een gecontracteerde aanbieder te kiezen. In tegenstelling tot niet-gecontracteerde tandartsen en orthodontisten vergoeden veel verzekeraars geen prestaties die door niet-gecontracteerde mondhygiënist of tandprotheticus worden geleverd. Gezien het ongelijke speelveld tussen tandarts en mondhygiënist/tandprotheticus wordt het voor een mondhygiënist of tandprotheticus moeilijker om geen contract te ondertekenen met een verzekeraar omdat de consument zonder extra kosten wel bij zijn directe concurrent (in dit geval de tandarts) terecht kan. De onderhandelingspositie van mondhygiënist en tandprotheticus kan verbeteren als breder bekend wordt dat zij direct toegankelijk zijn. Zij kunnen daardoor een sterkere relatie met de patiënt ontwikkelen.

4.2.3.3 Consument

De onderhandelingspositie van een consument op de markt voor mondzorg hangt af van de mate waarin hij reageert op prijs- en kwaliteitsverschillen tussen mondzorgaanbieders en of er voldoende aanbod op de markt is. Als dit laatste niet het geval is valt er voor de consument überhaupt weinig te kiezen. Alleen als de consument kritisch inkoopt ervaren aanbieder van mondzorg prikkels om de beste prijs-kwaliteitverhouding aan te bieden omdat zij anders klanten zullen verliezen aan een concurrent.

Voor behandelingen met een relatief hoge prijs (zoals een beugelbehandeling, implantaten) en een éénmalig karakter, zal de consument waarschijnlijk bewuster inkopen dan bij goedkopere behandelingen. Op dit moment bestaat er onvoldoende inzicht in de mate waarin de consument als kritische koper kan fungeren op de markt voor mondzorg. Uit eerdere studies blijkt dat de consument redelijk ongevoelig is voor prijsveranderingen voor tandheelkundige zorg⁷¹ ⁷². Het kan echter ook zo zijn dat deze prijsverschillen niet transparant zijn⁷³. De prijsprikkel hangt in ieder geval af van de polis die de verzekerde heeft afgesloten en het bedrag dat de consument zelf moet bijbetalen. Daarnaast let de consument niet alleen op prijsverschillen, maar ook op de kwaliteit van de geleverde zorg.

Omdat de kwaliteit van door mondzorgaanbieders geleverde zorg op dit moment niet transparant is, kan de consument deze rol niet goed invullen. Daarnaast is voor hem onduidelijk welke aanbieders precies welke zorg kunnen aanbieden. Voor welke prestaties kan hij bijvoorbeeld rechtstreeks naar de mondhygiënist en voor welke niet?

⁷¹ Van Vliet, R.C.J.A. (2000). Effecten van eigen risico's in de particuliere ziektekostenverzekering: een empirische analyse. *Het verzekeringsarchief* 77, 45-53.

⁷² Bij de prijselasticiteit van de vraag gaat het om de mate waarin de vraag naar een product reageert op een verandering in de prijs van dat product. Een prijselasticiteit tussen de 0 en 1 houdt in dat de vraag niet reageert op een prijsverandering, waarbij geldt dat hoe dichter de prijselasticiteit bij 0 ligt hoe kleiner de vraagverandering als gevolg van een prijsverandering is. Een prijselasticiteit groter dan 1 geeft aan dat de vraag wel reageert op een prijsverandering.

⁷³ Een andere mogelijke verklaring zijn de overstapmogelijkheden van patiënten. Zijn aanbieder van mondzorg bereid om een patiënt over te nemen van een collega-aanbieder? Als dit niet zo is, zullen patiënten niet zo snel overstappen.

4.2.3.4 Gelijk speelveld

In paragraaf 4.2.3 is ingegaan op de marktverhouding tussen aan de ene kant aanbieders en aan de andere kant verzekeraars en consumenten. Daarnaast is het goed om stil te staan bij de marktverhoudingen tussen de verschillende aanbieders. Doordat de prestatie centraal staat en verschillende aanbieders een prestatie kunnen aanbieden is het belangrijk dat de aanbieders die deze prestaties leveren op gelijke voet met elkaar kunnen concurreren.

Zoals in paragraaf 2.3 al is gesteld, is dit niet het geval. Patiënten hebben over het algemeen een langere vertrouwensrelatie met de tandarts. De tandarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor de patiënt omdat deze niet altijd zijn zorgvraag zelf kan definiëren en weet naar welke aanbieder hij toe moet⁷⁴. De tandarts vervult daarnaast in de praktijk een doorverwijsrol (informeel en voor sommige prestaties formeel) naar de mondhygiënist, de orthodontist en de tandprotheticus, maar hij kan ook zelf beslissen om de behandeling uit te voeren. Er is daardoor geen gelijke toegang tot de verschillende aanbieders.

Daarnaast is de mate waarin aanbieders op een gelijke manier kunnen concurreren afhankelijk van het vergoedingsbeleid van verzekeraars. Dit is eerder in de paragraaf al besproken.

Conclusie

Verzekeraars hebben op dit moment slechts beperkte externe prikkels voor een scherpe inkoop van mondzorg. Het is momenteel nog niet goed mogelijk voor verzekeraars om zich op verschillen in polissen te onderscheiden van de concurrentie om klanten te trekken. Voor de mondzorg die onder de basisverzekering valt is de prikkel om scherp in te kopen groter, aangezien verzekeraars hiervoor een zorgplicht hebben. Voor de mondzorg is de interne prikkel om scherp in te kopen om de schadelast te beperken gelet op de grootte van de schadelast in de mondzorg, wel aanwezig.

Consumenten hebben op dit moment voornamelijk een grote prikkel om op de prijs te letten. De prikkel om op de kwaliteit te letten is beperkt omdat deze nog niet transparant is.

Er is op dit moment nauwelijks sprake van een marktrelatie tussen verzekeraars en aanbieders voor die prestaties die door tandartsen en orthodontisten worden aangeboden. Op deze markten is nu vooral de marktverhouding tussen de patiënt en de zorgverlener van belang. De zorgverlener beschikt hier over een machtspositie ten opzichte van de consument, bijvoorbeeld omdat de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders niet transparant zijn. Daarnaast is niet bekend of de consument sterk reageert op prijsverschillen tussen aanbieders. Voor de prestaties die door mondhygiënist en tandprotheticus worden aangeboden geldt dat verzekeraars over een bepaalde mate van marktmacht beschikken. Zolang verzekeraars de behaalde inkoopvoordelen op de markt doorgeven aan de consumenten en ze niet zodanig scherp inkopen dat de zorg verschaalt, is dit geen probleem.

De tandarts heeft een meer directe relatie met de patiënt en beschikt daardoor over een betere marktpositie dan de andere aanbieders. Het is echter de vraag of dit erg is.

⁷⁴ Dit is in de markt voor fysiotherapie ook het geval. De fysiotherapeut is direct toegankelijk, maar de huisarts heeft vanuit zijn bestaande vertrouwensrelatie een doorverwijsrol.

Dit is alleen het geval als de tandarts geprikkeld wordt verrichtingen uit te voeren die door andere aanbieders met een betere prijs/kwaliteitverhouding kunnen worden verricht. Vrije prijsvorming en daarbij transparantie van kwaliteit en prijs stimuleren alle aanbieders om prestaties tegen de beste prijs/kwaliteitverhouding aan te bieden.

4.3 Anticompetitieve gedragingen

Een goede werking van de markt kan worden belemmerd doordat partijen bewust de mededinging op de markt beperken⁷⁵. Wanneer het risico op anticompetitieve gedragingen groot is en dit risico onvoldoende wordt ondervangen door de huidige regelgeving, kan dit een reden zijn om de markt te reguleren. Hieronder wordt nader ingegaan op een aantal anticompetitieve gedragingen dat zich voor kan doen in de mondzorg en het risico daarop.

4.3.1 Te hoge prijzen

Van te hoge of excessieve prijzen is sprake wanneer een onderneming met een economische machtspositie een dusdanig hoge prijs in rekening brengt dat deze niet in een redelijke verhouding staat tot de economische waarde van de geleverde prestatie⁷⁶. Van een te hoge prijs is sprake wanneer de marge op een product zowel in absolute zin als in vergelijking met bijvoorbeeld de marges op een zelfde product in een meer competitieve markt zeer hoog te noemen is. Overigens wil het signaleren van een hoge prijs niet altijd zeggen dat de prijs ook daadwerkelijk té hoog is. Schaarste op de markt kan bijvoorbeeld een prijsopdrijvend effect hebben. Er is alleen een probleem als er een risico bestaat dat een prijs op lange termijn te hoog is en prijzen niet transparant zijn. Het is niet wenselijk als hierdoor bijvoorbeeld de betaalbaarheid van de mondzorg in het geding komt.

De NZa is van mening dat er een risico bestaat op te hoge prijzen bij de introductie van vrije prijsvorming voor de mondzorg in sommige regio's of in individuele gevallen. In deze paragraaf wordt dit nader toegelicht. Het risico op te hoge prijzen hangt zowel af van de marktsituatie als van de rol van de verzekeraar en de consument op de markt. Kunnen deze kritisch inkopen of niet?

Het risico van te hoge prijzen hangt ondermeer af van de concurrentie die op een markt zal ontstaan. Als aanbieders direct met elkaar concurreren, is de kans dat prijzen te hoog zijn klein. De mate van concurrentie op een markt hangt onder andere van twee factoren. Ten eerste van de aanwezigheid van voldoende aanbieders. Een overschot aan aanbieders bevordert de concurrentie. Ten tweede van een sterke dreiging van nieuwe toetreders tot de markt. Deze nieuwe toetreders betreden de markt als de prijzen te hoog zijn en er dus overwinsten zijn. De toetreding zorgt voor meer concurrentie en leidt tot een lagere prijs voor de geleverde prestaties. Daarnaast hangt de mate van concurrentie af van het gedrag van consumenten. In een markt met voldoende aanbieders zijn de prikkels om op prijs te concurreren voor aanbieders sterk als de prijsverschillen in combinatie met de geleverde kwaliteit transparant zijn en consumenten sterk op prijs- en kwaliteitsverschillen reageren. Hierbij is het ook belangrijk dat de zoek- en veranderingskosten laag zijn.

⁷⁵ Een goede werking van de markt kan uiteraard ook worden beperkt als partijen de mededinging onbewust beperken. Hier zal niet verder op worden ingegaan.

⁷⁶ Arrest van het Europese Hof van Justitie op 14 februari 1978: United Brands vs. Europese Commissie, zaaknummer 27/76, jur. 1978, 207.

Zoals uit paragrafen 2.3 en 2.4 blijkt, is er landelijk gezien op korte termijn sprake van voldoende aanbieders op de verschillende deelmarkten voor mondzorg. Daarnaast kunnen aanbieders hun capaciteit vergroten, kunnen buitenlandse aanbieders de markt betreden en kunnen aanbieders inspelen op veranderende marktomstandigheden door zich meer op bepaalde prestaties te richten door differentiatie, taakherschikking en delegatie. Er zijn echter wel toetredingsdrempels op de markt aanwezig, zoals een door de overheid gelimiteerd aantal beschikbare opleidingsplaatsen. Bij de beoordeling van toetredingsdrempels moet een onderscheid worden gemaakt tussen gerechtvaardigde toetredingsdrempels en toetredingsdrempels die onnodig marktverstoring werken. Gerechtvaardigde toetredingsdrempels hangen bijvoorbeeld samen met de borging van de kwaliteit van de beroepsgroep en zijn handelen, zoals kwaliteitseisen en registratie in het BIG register.

Door de het aantal opleidingsplaatsen te limiteren ontstaat echter een marktverstoring factor. Hierdoor bestaat het risico dat het aanbod op lange termijn niet goed of te traag reageert op vraagontwikkelingen en de prijzen op lange termijn te hoog zijn als gevolg van een tekort aan aanbieders (schaarste). Omdat het aantal studenten dat een opleiding voor mondzorg wil volgen vele malen groter is dan het aantal beschikbare opleidingsplaatsen, wordt de toetreding van deze toekomstige aanbieders tot de verschillende marktsegmenten belemmerd. De instandhouding van een beperking van het aantal opleidingsplaatsen als de prijzen worden vrijgegeven brengt op lange termijn het risico met zich mee dat er sprake is van te hoge prijzen voor mondzorg en een tekort aan aanbieders. In een gereguleerde omgeving is het risico van te hoge prijzen weliswaar beperkter, maar ook hier geldt dat een instroombeperking tot een tekort aan aanbieders kan leiden. De overheid kan natuurlijk anticiperen op vraag- en aanbodontwikkelingen door de opleidingscapaciteit uit te breiden of terug te brengen als blijkt dat er een aanbodoverschot of tekort dreigt. Vraag- en aanbodontwikkelingen zijn echter met onzekerheid omgeven en de uitbreiding of inperking van het aantal opleidingsplaatsen zal daarom niet goed aansluiten op ontwikkelingen in de markt. Dit geldt in nog belangrijkere mate in een omgeving met vrije prijsvorming omdat dit tot meer dynamiek op de markt zal leiden.

De instandhouding van een instroombeperking valt slecht te rijmen met het gegeven dat er geen of maar beperkte restricties zijn voor buitenlandse aanbieders om zich in Nederland te vestigen. Het feit dat een grote instroom van buitenlandse aanbieders werk kan vinden in Nederland geeft aan dat het aantal gewenste aanbieders dat op een markt kan opereren zeer moeilijk in te schatten is. Het capaciteitsorgaan probeert hier overigens wel rekening mee te houden in haar ramingen. Deze toetreding is echter moeilijk te voorspellen.

De NZa pleit er daarom voor om de instroombeperking af te schaffen voor de opleiding tandheelkunde, orthodontie en mondhygiëne en het aantal opleidingsplaatsen vrij te geven. Tegelijkertijd met het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen kan nagedacht worden over een andere vormgeving van de bekostiging⁷⁷.

De mate van concurrentie speelt overigens alleen een rol als consumenten reageren op prijsprikkels. Factoren die hierbij een rol

⁷⁷ Het beperken van het aantal opleidingsplaatsen vindt de NZa een generiek probleem dat ook bij andere beroepsgroepen speelt. Zij zal daarom in 2009 onderzoeken welke voor- en nadelen er zijn bij het volledig vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen.

spelen, zijn de vaak sterke en lange vertrouwensrelatie die patiënten doorgaans hebben met hun tandarts en een gebrek aan transparantie. Ook durven patiënten vaak niet van tandarts te veranderen omdat zij op dit moment de kwaliteit van de geleverde zorg niet goed kunnen percipiëren. Als er voldoende aanbod is en patiënten niet prijsgevoelig zijn, is er een risico dat tandartsen en orthodontisten te hoge prijzen vragen aangezien voor deze markten geldt dat verzekeraars weinig tegenwicht bieden (zie ook hieronder). Mocht er sprake zijn van onvoldoende aanbod en het voor nieuwe aanbieders niet eenvoudig zijn om tot de markt toe te treden, dan is de kans op te hoge prijzen nog groter. Het verlagen van toetredingsdrempels en een transparante markt kunnen dit oplossen.

Naast de mate van concurrentie op de markt speelt de inkooprol van de verzekeraar ook een belangrijke rol in de mate van risico op te hoge prijzen. Zoals in paragraaf 4.2.1. is aangegeven is deze rol wat betreft de prestaties orthodontie en tandheelkunde op dit moment beperkt. Voor de prestaties die door zowel mondhygiënisten en tandartsen worden geleverd zijn er wel meer mogelijkheden voor verzekeraars om te hoge prijzen tegen te gaan. Als een vrijgevestigde mondhygiënist een te hoge prijs vraagt, kan de verzekeraar deze aanbieder niet contracteren (als er voldoende aanbod is). Als een verzekeraar met standaardcontracten werkt bepaalt de verzekeraar in eerste instantie het tarief, maar ook hier hangen de mogelijkheden om prijsverhogingen tegen te gaan af van de vraag of er voldoende aanbod op de markt is. Verzekeraars beschikken daarnaast vrijwel niet over de mogelijkheid om prijsstijgingen bij mondhygiënisten tegen te gaan door deze zorg bijvoorbeeld af te nemen bij tandartsen. Deze beschikken immers in principe over meer marktmacht dan mondhygiënisten, waardoor het onwaarschijnlijk is dat de prijzen voor deze prestaties lager zijn. Als tandartsen te hoge tarieven vragen voor prestaties die ook door mondhygiënisten worden geleverd, kan er wel een disciplinerende werking op de prijs uitgaan als er voldoende vrijgevestigde mondhygiënisten zijn en een verzekeraar patiënten gericht naar deze laatste aanbieders kan sturen. Bovenstaande analyse geldt ook voor zorg die door zowel tandprothetici als tandartsen kan worden geleverd.

Ervaringen vrije prijsvorming in het verleden

In de periode tussen 1979 en 1 oktober 2006 (de inwerkingtreding van de Wmg) kenden de mondhygiënisten vrije tarieven. Deze periode kan in grofweg twee gedeeltes worden opgesplitst.

Van 1979-1999 was er sprake van een adviestarief dat door de brancheorganisatie werd vastgesteld. Hieraan hield de hele beroepsgroep zich, enkele uitzonderingen daargelaten. In deze periode was er dus geen sprake van daadwerkelijke concurrentie tussen mondhygiënisten. Omdat de door mondhygiënisten aangeboden behandelingen die in het basispakket waren opgenomen niet zelf gedeclareerd konden worden, was er ook geen contractrelatie met verzekeraars.

Deze praktijk is uiteindelijk in 1999 door de NMa verboden. Sinds die tijd moeten mondhygiënisten onafhankelijk van elkaar hun tarief vaststellen. Voor het bepalen van hun tarief kunnen ze wel gebruik maken van een rekenmodel dat door de brancheorganisatie is ontwikkeld en door de NMa is goedgekeurd. In dat rekenmodel wordt stap voor stap uitgelegd hoe mondhygiënisten hun eigen praktijkgebonden uurtarief kunnen berekenen. Het grootste gedeelte van de behandelingen die mondhygiënisten verrichten betreft sindsdien gecontracteerde zorg. Sinds 1999 sluiten

mondhygiënisten ook contracten met verzekeraars. De verzekeraars maken gebruik van standaardcontracten om de zorg die door mondhygiënisten wordt geleverd te contracteren. Er bestaat geen duidelijk beeld over ontwikkelingen in kwaliteit en toegankelijkheid in die periode.

Sinds 1 oktober 2006 vallen mondhygiënisten onder de Wmg en geldt er een maximumtarief. Op grond van een overgangsregeling mogen zij wel met uurtarieven blijven werken totdat de herziening van de bekostigingstructuur mondzorg is afgerond.

De tandprotheticen kenden tot 2006 ook vrije tarieven. Daarbij werden veelvuldig contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars gesloten waarin afspraken over prijs en kwaliteit werden gemaakt, bijvoorbeeld met betrekking tot na- en bijscholing.

4.3.2 Te lage prijzen

Een lage prijs voor zorg is in veel gevallen een teken van doelmatigheid. Intuïtief gezien kan de prijs daarom meestal niet laag genoeg zijn. Toch zijn er situaties denkbaar waarin het in ieders belang is dat de prijs niet te laag is. Zo kunnen zorgaanbieders met een economische machtspositie hun producten tijdelijk tegen een zeer lage prijs – dat wil zeggen onder de marginale kostprijs – aanbieden om zo concurrenten en toetreders uit de markt te drijven. Hoewel een strategie van te lage prijzen (of rooftprijzen) op korte termijn tot verliezen leidt, kan de aanbieder op lange termijn zijn investering terugverdienen door de prijzen te verhogen tot boven het competitieve niveau. Dit schaadt uiteindelijk het belang van de consument doordat de betaalbaarheid in het geding komt.

Volgens de NZa is het risico op te lage prijzen in de verschillende in dit rapport behandelde marktsegmenten gering. Ten eerste beschikken tandartsen over een zekere marktmacht door hun vertrouwensrelatie met patiënten. Als een andere tandarts in de regio lagere prijzen hanteert, kunnen patiënten hun huidige tandarts trouw blijven. Dit geldt ook voor de mondhygiënist die in dienst is van een tandartsenpraktijk. Een strategie van te lage prijzen met de intentie om een concurrent uit de markt te drijven heeft daarom weinig kans van slagen. Voor orthodontisten, zelfstandig gevestigde mondhygiënisten en tandprotheticen geldt dat de relatie tussen de patiënt en de behandelaar op dit moment minder langdurig van aard is. Ook hier geldt echter dat er sprake is van een bepaalde vertrouwensrelatie voor de duur van de behandeling, zodat de mogelijkheden om via rooftprijzen een concurrent uit de markt te drukken gering zijn. Daarnaast moet een aanbieder om een dergelijke strategie succesvol uit te voeren over voldoende financiële reserves beschikken. Het is onwaarschijnlijk dat aanbieders van mondzorg een strategie van te lage prijzen lang genoeg kunnen volhouden om al hun concurrenten uit de markt te drukken⁷⁸. Ook moet een aanbieder in dat

⁷⁸ Een strategie van rooftprijzen werkt alleen als er sprake is van imperfecte kapitaalmarkten of als er sprake is van informatie-asymmetrie. Als een aanbieder bijvoorbeeld hele lage prijzen gaat hanteren en zijn concurrent niet goed kan inschatten of deze lage prijs een reëel kostenniveau presenteert of dat dit een prijs is beneden het kostenniveau, kan een aanbieder mogelijk de markt verlaten. Als de concurrent goed kan inschatten wanneer de aanbieder een te lage prijs hanteert in relatie tot zijn kostenniveau, kan hij inschatten dat de aanbieder dit niet lang zal volhouden en zal de hij de markt niet verlaten. Voor de markt voor mondzorg valt niet te verwachten dat er sprake is van een informatie-asymmetrie op dit gebied. Doordat de prijzen gereguleerd zijn en er sprake is van tarieven die gebaseerd zijn op gemiddelde kostenniveaus, hebben aanbieders goed inzicht in het gemiddelde kostenniveau van andere aanbieders. Het risico op te lage prijzen is daarom ook om deze redenen klein.

geval buitenlandse toetreding tegen kunnen houden, wat onwaarschijnlijk is.

4.3.3 Onderlinge samenwerking tussen aanbieders van mondzorg

Samenwerking tussen aanbieders van mondzorg kan belangrijke zorginhoudelijke voordelen hebben. Zo kan samenwerking bijvoorbeeld bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit en aan innovatie. Sommige vormen van samenwerking beperken de concurrentie op de markt echter sterk en zijn daarom niet toegestaan (kartelvorming). Daarnaast moeten samenwerkingsverbanden openstaan voor zorgaanbieders als het voor een zorgaanbieder moeilijk is om zich op de markt te vestigen of te handhaven als hij niet bij het samenwerkingsverband is aangesloten⁷⁹. Het samenwerkingsverband mag dus niet worden gebruikt om bepaalde aanbieders buiten de markt te houden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de waarneming bij de verschillende aanbieders van mondzorg.

De volgende vormen van samenwerking zijn in principe verboden⁸⁰:

- Prijsafspraken: Aanbieders van mondzorg mogen niet gezamenlijk een tarief bedingen bij inkopende zorgverzekeraars. Ook afspraken over de hoogte van tarieven, kortingen en toeslagen zijn verboden.
- Marktverdelingsafspraken: Het is aanbieders van mondzorg niet toegestaan om – al dan niet in overleg met de zorgverzekeraars – afspraken te maken over de vestiging, de geografische verdeling van markten of productmarkten en de verdeling van patiënten⁸¹.
- Gemeenschappelijke leveringsweigering: Aanbieders van mondzorg mogen niet gezamenlijk besluiten geen overeenkomst te tekenen met zorgverzekeraars. Elke aanbieder moet dit voor zichzelf beslissen.

Hoewel de betreffende afspraken bijna altijd zijn verboden op grond van art. 6, eerste lid, Mededingingswet kunnen er uitzonderingen van toepassing zijn. In dit verband kan worden gewezen op de bagatelbepaling. Dit kan aanbieders helpen om countervailing power (tot een bepaalde grens) te organiseren ten opzichte van de verzekeraar.

Zoals al in paragraaf 2.4.1 is gemeld is de introductie van het teamconcept er op gericht om de samenwerking tussen de verschillende aanbieders van mondzorg te stimuleren. Het idee is dat de verschillende aanbieders in een mondzorgteam gaan werken. Als deze ontwikkeling doorzet, vindt er vooral concurrentie tussen instellingen plaats. Daarnaast blijft er een groot aantal individuele beroepsbeoefenaren actief.

De mate waarin aanbieders elkaar zullen opzoeken en daarmee het risico dat zij afspraken maken over de prijs of de verdeling van de markt, hangt van een aantal factoren af. Dit zijn de structuur van de markt, de aard van de te verrichten diensten (homogeen of heterogeen), het bestaan van toe- en uitredingsbarrières en de mate van innovatie in de zorg. Ook de organisatiegraad in de vorm van (sterke) brancheverenigingen kan van belang zijn.

⁷⁹ Aan de toetreders mag wel worden gevraagd om een passende investeringsbijdrage te leveren.

⁸⁰ Mededingingswet, art. 6. De opsomming prijsafspraken, marktverdelingsafspraken en gemeenschappelijke leveringsweigering is niet uitputtend.

⁸¹ Voor een nadere toelichting zie ook de Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa, te vinden op www.nmanet.nl.

Op basis van deze factoren kan geen eenduidig antwoord gegeven worden op de vraag of het risico van ongewenste samenwerking of collusie aanwezig is.

Op de markt voor mondzorg opereren naast een aantal grote instellingen vooral veel kleine spelers. In (regionale) markten waarop een groot aantal spelers actief is, zou in beginsel sprake zijn van een verminderd risico op collusie. Er is echter wel sprake van toetredingsdrempels (numerus fixus en instellingsfixus) en sterke brancheverenigingen. Dit zijn factoren die het risico op collusie vergroten.

Daarbij kan worden opgemerkt dat het algemeen mededingingsrechtelijk kader instrumenten bevat om eventuele kartelvorming te adresseren, als collusie zich onverhoopt mocht voordoen. Dit is een expliciete taak van de NMa. Daarnaast let de NZa bij het monitoren van deze markt ook op mogelijke ongeoorloofde vormen van samenwerking.

4.3.4 Misbruik inkoopmacht

Inkoopmacht is marktmacht aan de zijde van de zorgverzekeraar (of consument). In paragraaf 4.2.3.1 is hierop al ingegaan. In deze paragraaf gaat het erom of de zorgverzekeraar of consument misbruik van deze inkoopmacht kan en zal maken. Het hebben van marktmacht hoeft niet te betekenen dat daar misbruik van wordt gemaakt. Ook een partij met een machtige positie mag scherp inkopen en stevig onderhandelen. Enige inkoopmacht is vaak wenselijk omdat de zorgverzekeraar dan beter zorg kan inkopen. Dit komt ten goede aan de consument. Er is sprake van misbruik van marktmacht als de inkoper zich min of meer onafhankelijk van zijn leveranciers kan opstellen. Dit kan erin resulteren dat de inkoper onredelijke inkoopvoorwaarden kan afdwingen zonder dat de leverancier daar iets tegen kan doen. Er bestaat een risico dat een zorgverzekeraar zijn macht misbruikt door dusdanige inkoopvoordelen af te dwingen dat zowel de mededinging als de consument hier uiteindelijk schade door ondervinden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het eisen van een prijs die zo laag is dat de kwaliteit daardoor in het geding komt of tot een verschraling (ongewenste daling) van het aanbod leidt. Uiteindelijk gaat het om de gevolgen van eventuele inkoopmacht voor de consument. Als de consument profiteert van inkoopmacht van de verzekeraar, door bijvoorbeeld lagere premies, dan is het publiek belang daarmee gediend. Gaat dit ten koste van de toegankelijkheid of kwaliteit dan is er wel een probleem. Pas als eventuele inkoopmacht leidt tot te hoge prijzen, te lage kwaliteit of gebrekkige toegankelijkheid kan de NZa ingrijpen.

Een verzekeraar beschikt over inkoopmacht als de aanbieder van mondzorg afhankelijk is van een contract met een verzekeraar voor zijn omzet en geen andere uitwijkmogelijkheden heeft om zijn omzet op een andere manier binnen te halen.

De NZa denkt dat de kans dat verzekeraars op dit moment misbruik maken van hun inkoopmacht klein is. Het risico op misbruik van inkoopmacht verschilt wel per markt.

Prestaties orthodontie en tandheelkunde

Voor de prestaties die door tandartsen en orthodontisten worden geleverd, geldt dat een verzekeraar maar beperkte mogelijkheden heeft om misbruik te maken van zijn inkoopmacht als de aanbieders er voor blijven kiezen om geen (inhoudelijk) contractrelatie met een verzekeraar aan te gaan.

Prestaties mondhygiëne en tandprothetici

Voor de prestaties die door mondhygiënisten en tandprothetici worden aangeboden kunnen de volgende argumenten genoemd worden die voor en tegen een mogelijk misbruik van inkoopmacht pleiten.

Voor misbruik inkoopmacht:

- *Externe prikkel om goed in te kopen:* Zoals in paragraaf 4.2.1 is beschreven ervaren verzekeraars maar beperkte externe prikkels om kwalitatief goede zorg in te kopen omdat de consument hier niet op let of kan letten bij het afsluiten van een polis. Doordat de kwaliteit van de ingekochte zorg niet transparant is, bestaat het risico dat verzekeraars zich eenzijdig richten op de prijs. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is daarom belangrijk dat de kwaliteit transparant is. Eventuele kwaliteitsverslechtingen kunnen dan worden opgemerkt.

Tegen misbruik inkoopmacht:

- *Interne prikkel om scherp in te kopen:* Zoals in paragraaf 4.2.1 staat vermeld is de interne prikkel voor verzekeraars om scherpe afspraken te maken met mondhygiënisten of tandprothetici gering vanwege de beperkte financiële omvang van de schadelast voor deze zorg.
- *Zorgplicht:* Voor de zorg die onder de basisverzekering valt hebben verzekeraars een zorgplicht. Daardoor hebben zij een prikkel om goed in te kopen. De NZa betreft dit bij haar toezicht op de Zorgverzekeringswet.
- *Geen contracteerplicht:* De mogelijkheid van verzekeraars om misbruik te maken van hun inkoopmacht wordt beperkt door een bepaalde mate van keuzevrijheid van de mondhygiënist, tandprotheticus om een contract met de verzekeraar af te sluiten. Aan de ene kant hoeven aanbieders van mondzorg geen contract te sluiten als zij voldoende patiënten kunnen behandelen die niet zijn verzekerd. Daarnaast kunnen zij kiezen voor de verzekeraars die de meest gunstige voorwaarden bieden.
- *Toezicht NZa en NMa op de markt:* Het regulerend kader biedt in beginsel instrumenten om ook na de introductie van vrije prijsvorming eventueel misbruik van inkoopmacht door verzekeraars te adresseren. De NZa kan als de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid of toegankelijkheid door een te grote inkoopmacht in het geding komen, verplichtingen op grond van aanmerkelijke macht opleggen. Voorts kan de NMa tegen misbruik van inkoopmacht optreden als een verzekeraar daadwerkelijk beschikt over een economische machtspositie. De NZa is hierbij overigens als eerste aan zet met haar instrumentarium. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren neemt een groot deel van het risico dat verzekeraars misbruik maken van hun inkoopmacht weg, omdat de kwaliteit van zorg die verzekeraars inkopen dan meer transparant wordt.

Misbruik inkoopmacht

Op 31 januari 2005 heeft de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) een klacht ingediend bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit over vermeend misbruik van een economische machtspositie door enkele verzekeraars. De NVM tekent onder andere bezwaar aan tegen het feit dat volgens haar deze verzekeraars weigeren over de inhoud en de tariefsystematiek te onderhandelen met de mondhygiënist en de NVM, dat deze handelswijze hen dwingt om deze contracten te ondertekenen omdat zij anders omzetverlies zouden leiden en dat verzekeraars de aanvullende verzekering voor tandheelkundige

kosten koppelen aan de hoofdverzekering. De NMa heeft deze en andere klachten op de meeste gronden afgewezen⁸². De NVM heeft hiertegen beroep aangetekend en dit beroep is gegrond verklaard.

De NMa is hier vervolgens weer tegen in hoger beroep gegaan, de uitslag is op dit moment nog niet bekend. De NMa geeft in haar besluit aan dat de Mededingingswet niet dwingt tot individuele onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars, ook niet als een zorgverzekeraar over een economische machtspositie beschikt. Een zorgverzekeraar die weigert te onderhandelen maakt niet op voorhand misbruik van zijn economische machtspositie. Met betrekking tot de koppeling van de aanvullende verzekering en de hoofdverzekering stelt de NMa dat de zorgverzekeraar ook hier geen misbruik maakt van zijn machtspositie. Het staat hem vrij om de zorg voor de aanvullende verzekering alleen in te kopen bij zorgaanbieders die hij ook contracteert voor de hoofdverzekering.

Conclusie

Voor de prestaties die door tandartsen en orthodontisten worden geleverd, bestaat er een risico op te hoge prijzen als de prijzen worden vrijgegeven. Dit wordt vooral veroorzaakt door het ontbreken van voldoende tegenwicht van de kant van verzekeraars en consumenten. Het risico is voor behandelingen met een eenmalig karakter en relatief hoge kosten (zoals een beugelbehandeling) kleiner, aangezien de consument de financiële prikkel ervaart deze zorg kritisch in te kopen. Voor de prestaties die door mondhygiënisten en tandprotheticen worden aangeboden is dit risico op hoge prijzen ook beperkter.

Het risico op te lage prijzen in deze markt is gering. Patiënten zullen veelal trouw zijn aan hun tandarts en aanbieders beschikken daarnaast niet over de financiële reserves om concurrenten uit de markt te drukken.

Het risico op kartelvorming of collusie kan niet worden uigesloten in de verschillende markten voor mondzorg die in dit rapport worden behandeld. Het mededingingsrechtelijk kader biedt echter voldoende mogelijkheden om eventuele problemen aan te pakken.

Voor de prestaties die tandartsen en orthodontisten aanbieden, bestaat geen risico op misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars. Met deze aanbieders heeft de verzekeraar namelijk op dit moment geen contractrelatie. De stimulans tot het aangaan van contracten is bij een hogere mate van transparantie, van bijvoorbeeld kwaliteit, wel groter. In de markt voor prestaties die door vrijgevestigde mondhygiënisten en tandprotheticen worden aangeboden ervaren verzekeraars aan de ene kant prikkels om misbruik te maken van hun inkoopmacht. Vooral vanwege de focus op prijs vanwege het ontbreken van gegevens over kwaliteit. Aan de andere kant zijn er factoren die deze prikkels juist tegengaan. Verzekeraars zullen bijvoorbeeld beperkte prikkels ervaren om scherp in te kopen en voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt de zorgplicht. In zijn algemeenheid kan daarom gesteld worden dat de prikkels die verzekeraars ervaren om misbruik te maken van hun inkoopmacht voor deze prestaties beperkt zijn.

⁸² Zie ook NMa besluiten in zaak 3473 (besluit in initiële zaak) en zaak 5166 (besluit NMa tegen bezwaren NVM op besluit in zaak 3473), te vinden op www.nmanet.nl.

4.4 Externe effecten

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven of niet moet worden onderzocht of er mogelijk sprake is van ongewenste, niet bedoelde bijeffecten, zogenoemde externe effecten⁸³.

Hierna worden de relevante externe effecten en de door de NZa verwachte kans dat deze effecten optreden, nader beschreven.

4.4.1 Afwenteleffecten

Van afwenteleffecten is sprake wanneer zorgaanbieders – zeker wanneer zij zelf de indicatie kunnen stellen – patiënten met klachten waarvan de behandeling voor hen financieel niet aantrekkelijk is, doorverwijzen naar de tweede lijn. Er is dan sprake van afwenteling op een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener, wat tot een stijging van de kosten kan leiden en de toegankelijkheid van de zorg kan beperken.

Het risico op afwenteleffecten is klein bij een eventueel vrijgeven van de markt voor mondzorg vanwege de beperkte doorverwijzing door de tandarts naar zorg in de tweede lijn⁸⁴. Voor mondhygiënist, orthodontisten en tandprotheticen geldt dat zij geen verwijfsfunctie hebben en dat zij daardoor geen zorg op andere aanbieders kunnen afwentelen.

4.4.2 Ketenzorg/spillover effecten

Als een beroepsgroep in een keten samenwerkt met andere beroepsgroepen, dan kan de liberalisering van een groep binnen de keten mogelijk negatieve externe effecten veroorzaken die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort, waardoor bijvoorbeeld de kwaliteit van de geleverde zorg in gevaar kan komen.

Zoals ook in het rapport *De markt voor mondzorg*⁸⁵ staat vermeld vindt samenwerking binnen de markt voor mondzorg vooral plaats op individuele basis. Tandartsen onderhouden relaties met orthodontisten, kaakchirurgen, mondhygiënist en tandprotheticen. Het gaat hier meestal niet om inhoudelijke samenwerking, maar een verwijfsrelatie van de tandartsen naar deze beroepen. Orthodontisten werken daarnaast samen met kaakchirurgen voor de behandeling van vergroeiingen van de beenderen en het aangezicht (complexe orthodontie).

Daarnaast is er nauwelijks sprake van samenwerking met andere beroepen in de zorgketen. Er vindt slechts incidentele samenwerking plaats van tandartsen met fysiotherapeuten en logopedisten. Ook orthodontisten werken incidenteel samen met logopedisten. Vrije prijsvorming kan juist in positieve zin bijdragen aan een betere samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen doordat er bijvoorbeeld geen verschillende bekostigingssystemen van toepassing zijn op deze markt.

⁸³ Van externe effecten is sprake als een individu of organisatie profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van andere individuen of organisaties en zij zelf niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen.

⁸⁴ Een mogelijk afwenteleffect kan ontstaan voor de chirurgische zorg die door tandartsen en kaakchirurgen kan worden geleverd. Dit effect bestaat ook al in de huidige gereguleerde markt doordat de chirurgische zorg geleverd door kaakchirurgen vergoed wordt vanuit de Zvw en niet door tandartsen.

⁸⁵ KPMG. (2002). De markt voor mondzorg.

4.4.3 Volume-effecten (supplier induced demand, upcoding)

Bij de beslissing om een markt vrij te geven, is het tevens van belang om te letten op mogelijke prikkels voor aanbieders om extra, niet medisch noodzakelijke, zorg te leveren om extra inkomen te genereren. Dit effect wordt ook wel aanbod geïnduceerde vraag of 'supplier induced demand' (SID) genoemd. Aanbieders kunnen daarnaast prikkels ervaren om duurdere, complexere behandelingen te geven dan noodzakelijk is. Dit effect wordt ook wel 'upcoding' genoemd.

Beide effecten zijn schadelijk voor de patiënt. Deze effecten kunnen ook optreden in de huidige situatie waarin de prijzen nog zijn gereguleerd. Het is daarom goed om vast te stellen of de prikkel voor aanbieders om aan SID of aan upcoding te doen veranderen met de introductie van vrije prijsvorming.

Volume-effecten

Voor de in dit rapport beschreven markt is het risico van volume-effecten aanwezig. Er is sprake van informatieasymmetrie tussen enerzijds de aanbieder van mondzorg en anderzijds verzekeraars en patiënten ten aanzien van (de noodzaak van) de door een aanbieder geadviseerde behandeling. Hierdoor kan de aanbieder een prikkel ervaren om meer volume te draaien dan medisch noodzakelijk is⁸⁶.

Twee factoren kunnen invloed hebben op het risico dat SID zich voordoet:

- Ten eerste kunnen de verzekeraars een belangrijke mitigerende factor vormen. Zij kunnen de prestaties van aanbieders, door bijvoorbeeld benchmarkstudies uit te voeren, met elkaar vergelijken. Zorgaanbieders die zonder een goede, aantoonbare reden veel meer behandelingen uitvoeren dan gemiddeld kunnen dan bijvoorbeeld minder productie krijgen toegewezen of een lagere beloning krijgen. Aanbieders met bovengemiddelde prestaties kunnen op hun beurt worden beloond. Het is echter zeer de vraag of verzekeraars, gezien de huidige situatie waarin er tussen tandartsen en orthodontisten en verzekeraars vaak geen contracten worden ondertekend, over voldoende mogelijkheden beschikken om dit voor deze prestaties te realiseren. Voor de prestaties die door mondhygiënist en tandprothetici worden aangeboden beschikt de verzekeraar wel over meer mogelijkheden om de prestaties van aanbieders met elkaar te vergelijken.
- Ten tweede wordt door verzekeraars het vergoede bedrag voor verleende mondzorg in de huidige situatie veelal beperkt. De consument loopt afhankelijk van de polis waar hij voor kiest, bij veel verzekeraars het risico dat hij zelf voor een deel van de kosten opdraait. Hij ervaart hierdoor een sterke prikkel om op de kosten van de verleende zorg te letten. Dit beperkt de mogelijkheden voor een

⁸⁶ Verschillende studies hebben onderzocht of tandartsen daadwerkelijk aan SID doen. Voor een overzicht van verschillende landenstudies zie H. Sintonen and I. Linnosmaa (2000), *Economics of Dental Services*, chapter 24, *Handbook of Health Economics*, volume 1, Elsevier Science B.V. De meest voorkomende hypothese die daarbij wordt getoetst is of er een relatie is tussen de concentratie van tandartsen en het aantal geleverde diensten. De nulhypothese stelt dan dat hoe meer aanbieders er in een bepaalde regio opereren hoe groter het aantal geleverde diensten is. Als dit zo is dan is er mogelijk sprake van SID. Hierbij is het wel belangrijk om op te merken dat in een concurrerende markt er ook sprake is van een positieve relatie is tussen aanbod en vraag. Meer aanbod kan in een competitieve markt tot lagere prijzen leiden en daarmee meer vraag creëren. De verschillende uitgevoerde studies leiden niet tot eenduidige conclusies. In sommige studies wordt wel aangetoond dat er sprake is van SID, in andere juist weer niet. De specifieke omstandigheden spelen in ieder geval een belangrijke rol.

zorgaanbieder om het door hem gewenste aantal behandelingen voor te schrijven.

In een vrije marktsituatie geldt dat aanbieders de verschillende behandel mogelijkheden die zij aanbieden, zullen aanprijzen (zorgmarketing) en consumenten zullen proberen te verleiden om van hun aanbod gebruik te maken. Dit hoeft geen ongewenst effect te zijn, zolang dit niet ten koste gaat van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg. Het is aan de consument om kritisch naar dit aanbod te kijken en te besluiten om hier gebruik van te maken.

Of de introductie van vrije prijsvorming in de mondzorg tot een groter risico voor SID leidt, is in grote mate afhankelijk van de concurrentie die op deze markten zal ontstaan. Als er meer informatie bekend wordt over de totale kosten van een behandeling bij verschillende aanbieders van mondzorg, er informatie over kwaliteit beschikbaar is en patiënten makkelijk van aanbieder veranderen, kan vrije prijsvorming het effect van SID verkleinen. Als dit niet het geval is, is het mogelijk dat de kans op SID groter is dan in de huidige situatie met gereguleerde prijzen als de marge voor de aanbieder bij vrije prijsvorming groter is.

Het risico van upcoding is gezien het op dit moment relatief grote aantal prestaties voor mondzorg een reëel risico onder zowel de huidige regulering als onder vrije prijsvorming. Bij het opstellen van de nieuwe prestatiestructuur houdt de NZa hier rekening mee (zie hoofdstuk 5).

4.4.4 Ongewenste zorgverschuivingen (Multiple task probleem)

Het *multiple task* probleem speelt als een aanbieder meerdere taken verricht waarbij de prikkels om deze taken uit te voeren niet gebalanceerd zijn. Het is niet wenselijk dat de tandarts zich bijvoorbeeld minder toelegt op zorgactiviteiten waarvan de maatschappij het belangrijk vindt dat deze plaatsvinden omdat dit financieel minder aantrekkelijk is voor hem. Het risico hierop bestaat als bijvoorbeeld een deel van de prestaties die door tandartsen worden geleverd gereguleerd zijn en de rest wordt vrijgegeven. De markt corrigeert echter wel voor ongewenste zorgverschuivingen. Hoge prijzen in het vrije gedeelte lokken immers meer aanbod uit, waardoor de prijzen daar, mits er voldoende aanbod is, zullen dalen en het aantrekkelijker wordt voor een tandarts om zich op zijn andere activiteiten te richten. Een te lage prijs in het vrije gedeelte leidt aan de andere kant op een focus op het gereguleerde gedeelte. Als er te weinig prestaties in het vrije gedeelte worden geleverd kan de prijs stijgen waardoor aanbieders zich meer zullen richten op deze prestaties. In de tussentijd zal vraag en aanbod niet goed op elkaar afgestemd zijn waardoor kruissubsidiëring en ongewenste zorgverschuivingen kunnen optreden. Bij het vrijgeven van de tarieven van alle prestaties in de mondzorg speelt dit probleem niet omdat de prikkels voor alle prestaties hetzelfde zijn.

Conclusie

Het risico op afwenteleffecten is klein voor de mondzorg. De introductie van vrije prijsvorming heeft geen negatieve effecten op ketenvorming. Enerzijds wordt samenwerking tussen de beroepsgroepen in de mondzorg gestimuleerd en anderzijds wordt er weinig samengewerkt met andere beroepsgroepen. Vrije prijsvorming kan juist een positieve impuls aan samenwerking geven.

Het risico op SID en upcoding is aanwezig in de markt voor mondzorg. Dit hangt vooral samen met de informatieasymmetrie die er tussen aan de ene kant consumenten en verzekeraars en aan de andere kant

aanbieders bestaat. Dit risico is echter ook aanwezig onder tariefregulering.

Ongewenste zorgverschuivingen vinden niet plaats als alle tarieven voor de mondzorg worden vrijgegeven. Als maar een deel van de prestaties wordt vrijgegeven bestaat er een reëel risico dat er ongewenste verschuivingen in zorgactiviteiten plaatsvinden en de toegankelijkheid van bepaalde zorgactiviteiten (tijdelijk) in gevaar komt.

4.5 Lastendruk-/veranderingskosten

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven is het goed om inzicht te hebben in de lastendruk en veranderingskosten. De lasten van het huidige systeem met regulering moeten worden afgezet tegen de lasten van het systeem onder vrije prijsvorming. Bij de uiteindelijke beslissing om een markt vrij te geven moeten ook de eventuele baten van marktwerking meegenomen worden. Het is op voorhand moeilijk om een inschatting te maken van de lastendruk in een vrije marktomgeving. Onderstaande analyse betreft daarom vooral een kwalitatieve analyse en richt zich op de kosten voor aanbieders en verzekeraars die samenhangen met de regulering vanuit de overheid.

4.5.1 Lastendruk

De NZa streeft ernaar om de administratieve lasten voor zorgaanbieders, verzekeraars en zorgkantoren te verminderen (project 'Wegnemen (onnodige) Administratieve Lasten door de Zorgautoriteit' (WALZ)). In het kader van dit project is geïnventariseerd hoe hoog de administratieve lasten, de nalevings- en de uitvoeringslasten zijn. Daarnaast is er aandacht voor de belevingslasten. Onderstaande analyse sluit aan bij deze methodiek.

Onder reguleringskosten vallen drie groepen van kosten:

- de administratieve lasten;
- de inhoudelijke nalevingskosten;
- de uitvoeringslasten van de NZa zelf.

Administratieve lasten

De administratieve lasten zijn de kosten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te voldoen aan de informatieverplichtingen, die voortvloeien uit regelgeving van de overheid (in dit geval de NZa)⁸⁷. Het gaat om het verzamelen, bewerken en registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Inhoudelijke nalevingskosten

De inhoudelijke nalevingskosten zijn de kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen voortvloeiend uit de regels van de NZa (dus niet zijnde administratieve verplichtingen)⁸⁸. Alleen de kosten die niet gemaakt zouden worden als de wet- en regelgeving er niet is, worden tot de inhoudelijke nalevingskosten gerekend.

⁸⁷ De administratieve lasten worden bepaald door de kosten van een administratieve afhandeling te vermenigvuldigen met het aantal bedrijven of handelingen waarop deze van toepassing is. De kosten voor een administratieve afhandeling worden berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief.

⁸⁸ De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

Uitvoeringslasten

De uitvoeringslasten zijn gedefinieerd als de kosten die door de NZa worden gemaakt om uitvoering te geven aan de (informatie) verplichtingen die de NZa oplegt aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars in door haar zelf uitgevaardigde regelgeving of regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk is⁸⁹. Daartoe worden ook de kosten gerekend die zijn gemoeid met de handhaving van verplichtingen.

Huidige lastendruk tandartsen, orthodontisten, mondhygiënisten, tandprotheticici

Uit het project WALZ blijkt dat de vrije beroepen met maximumtarieven, waaronder dus ook de tandartsen en orthodontisten vallen uitvoeringslasten met zich meebrengen. Het gaat hier om de kosten die zijn verbonden aan het maken van tarieven en het handhaven en het bezwaar maken tegen overheidsbesluiten. Als de NZa tarieven blijft reguleren kan zij daarnaast gegevensonderzoek uitvoeren om de tarieven te bepalen.

Lastendruk tandartsen, orthodontisten, mondhygiënisten, tandprotheticici onder vrije prijsvorming

Het is nu de vraag of de lastendruk anders is voor bovengenoemde beroepsgroepen als de prijzen mogelijk worden vrijgegeven. Het rapport WALZ geeft hier in enige mate inzicht in, omdat ook de lastendruk voor vrije beroepen met een experimentstatus zijn opgenomen. Hieronder vallen onder andere de fysiotherapeuten waarvoor vrije prijzen gelden. Uit het rapport blijkt dat de verschillen in lastendruk voor fysiotherapeuten ten opzichte van beroepsgroepen met een maximumtarief vooral voortvloeien uit de kosten die gepaard gaan met de kennisneming van regelgeving met betrekking tot de standaardprijzlijsten en het ontwerp en ter beschikking stellen van deze prijslijsten⁹⁰. Het gaat hier om administratieve lasten. Voorts kunnen er nalevingskosten zijn die samenhangen met de handhaving van de plicht om een standaardprijzlijst op te hangen. Daarnaast zijn er kosten die te maken hebben met het monitoren van de markten. Dit zijn deels administratieve lasten en deels uitvoeringslasten. De monitorkosten hangen samen met de toezichthoudende taak van de NZa om de ontwikkelingen op de markt in de gaten te houden. Deze kosten zijn overigens gering van omvang en incidenteel van aard. De uitvoeringslasten met betrekking tot het vaststellen en handhaven van tarieven vervallen uiteraard. De kosten van het handhaven van bijvoorbeeld transparantieplichtingen kunnen wel toenemen.

4.5.2 Veranderingskosten

Het vrijgeven van een markt brengt veranderingskosten met zich mee die niet worden veroorzaakt door de overheid. Nu gelden er nog maximumtarieven voor aanbieders die mondzorg aanbieden. Met het vrijgeven van prijzen hebben verzekeraars of consumenten en aanbieders mogelijkheden om direct met elkaar afspraken te maken over prijzen. Het kan dan voorkomen dat een aanbieder met elke verzekeraar een ander tarief afspreekt. Hierdoor kan de lastendruk voor de beroepsgroep toenemen. Dit hangt uiteraard in belangrijke mate af van

⁸⁹ De uitvoeringslasten worden berekend door de kosten van een bestuurlijke behandeling te vermenigvuldigen met het aantal handelingen waarop deze van toepassing is.

⁹⁰ Fysiotherapeuten zijn verplicht om een standaardprijzlijst op een in het oog springende plek te hangen waarop de tarieven zijn vermeld die zij hanteren voor een behandeling. Hierdoor is het voor de consument transparant welke prijs hij moet betalen voor een behandeling mocht hij niet verzekerd zijn voor fysiotherapie of welk deel van de behandeling hij zelf moet betalen als de betreffende fysiotherapeut niet gecontracteerd is door zijn verzekeraar.

de mate waarin tandartsen en orthodontisten bijvoorbeeld daadwerkelijk contracten sluiten met verzekeraars. Als dit niet het geval is zal de lastendruk aan aanbiederskant niet toenemen. De lastendruk kan echter wel toenemen voor verzekeraars. Deze krijgen dan immers mogelijk te maken met een groot aantal verschillende prijzen in plaats van een standaardtarief (het maximumtarief) waarvan nu veelal sprake is. Verzekeraars en de verschillende aanbieders van mondzorg kunnen afspraken met elkaar maken om deze lastendruk zo beperkt mogelijk te houden voor elkaar en voor de verzekerde.

Dit is bijvoorbeeld ook in de markt voor fysiotherapie gebeurd. Voor de verzekerde is het met name belangrijk dat de declaraties soepel afgehandeld worden. Een toename in lastendruk moet daarnaast worden afgezet tegen de toegenomen vrijheden van verzekeraars en aanbieders om op maat gesneden afspraken te maken.

Conclusie

Vrije prijsvorming leidt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de korte termijn tot een beperkte toename van de lastendruk. Deze hangen vooral samen met transparantie-eisen. Dit zijn incidentele kosten met een duidelijk doel: meer prijstransparantie voor de consument. Structureel verdwijnen de reguleringskosten verbonden aan de tarifiering. Daarnaast zijn aan de introductie van vrije prijsvorming veranderingskosten verbonden. Deze moeten afgewogen worden tegen de baten van vrije prijsvorming (zie paragraaf 4.1). De NZa ziet op voorhand geen reden om de markt vanwege de reguleringskosten en veranderingskosten niet vrij te geven. Zij verwacht dat de baten van vrije prijsvorming hier ruimschoots tegen opwegen.

4.6 De meetlat

Voorgaande analyse geeft aan dat volgens de meetlat aan een groot aantal van de marktcondities voor vrije prijsvorming is voldaan voor de markt voor mondzorg. Tabel 4.1 geeft de invulling weer van de meetlat voor de markt voor mondzorg. In de meetlat is met 'plussen' en 'minnen' aangegeven of aan een bepaalde voorwaarde voor een goed werkende markt is voldaan. Een plus moet hierbij worden geïnterpreteerd als positief voor de belangen van de consument. In de tabel is tevens aangegeven of een factor een start- of ingroei-criterium is. Start- en ingroei-criteria zijn beide even essentieel voor een goede werking van de markt. Wel is de rol die de NZa kan spelen bij het oplossen van eventuele risico's voor marktwerking verschillend. Bij een ingroei-criterium kan het ontbreken van de juiste initiële condities worden opgelost door de markt zelf of door optreden van de NZa. Bij een start-criterium is dat minder het geval.

Tabel 4.1. Inge vulde meetlat/score voor verschillende marktsegmenten in de mondzorg

		Prestaties orthodontie	Prestaties mondhygiëne	Prestaties tandprothetiek	Prestaties tandheelkunde	Start of ingroei criterium
Transparantie						
1	Heldere prestatiebeschrijvingen	±	-	-	-	Ingroei
2	De kwaliteit van de geleverde zorg is transparant	-	-	-	-	Ingroei
3	De prijs van de geleverde zorg is transparant	+	+	+	+	Ingroei
Markttoegang						

		Prestaties orthodontie	Prestaties mondhygiëne	Prestaties tandprothetiek	Prestaties tandheelkunde	Start of ingroei criterium
4	Voldoende aanbieders?	±	±	±	±	Start
5	Toetredingsdrempels	-	-	±	-	Start
6	De patiënt kan eenvoudig een aanbieder kiezen en van aanbieder veranderen	±	±	±	±	Ingroei
Marktgedrag partijen						
7	Prikkel voor de verzekeraar om goed in te kopen	±	±	±	±	Start
8	Prikkel voor de consument om goed in te kopen	+	±	±	+	Start
9	Marktverhoudingen	-	±	+	-	Ingroei
10	Gelijk speelveld aanbieders	-	-	-	-	Ingroei
Anticompetitieve gedragingen						
11	Te hoge prijzen	-	±	±	-	Ingroei
12	Te lage prijzen	+	+	+	+	Ingroei
13	Kartelvorming	±	±	±	±	Ingroei
14	Misbruik inkoopmacht	+	±	±	+	Ingroei
Negatieve externe effecten						
15	Afwenteleffecten	+	+	+	+	Start
16	Keteneffecten	+	+	+	+	Start
17	Volume- effecten	±	±	±	±	Ingroei
18	Ongewenste zorgverschuivingen	+	+	+	+	Start
Transactie/veranderingkosten						
19	Regulering- en veranderingskosten	+	+	+	+	Ingroei

Bron: NZa

Hieronder volgt een toelichting op de invulling van de meetlat voor de verschillende marktsegmenten.

Marktsegmenten orthodontie en tandheelkunde

Zoals uit de meetlat kan worden afgeleid voldoen de marktsegmenten orthodontie en tandheelkunde aan veel van de voorwaarden voor een goed werkende markt:

- *Voldoende aanbieders:* Op landelijk niveau is sprake van een zekere balans tussen vraag en aanbod. In een aantal regio's bestaat het risico op een tekort aan aanbieders. Bij een eventuele toename van de vraag naar mondzorg kunnen huidige aanbieders hun aanbod uitbreiden, kan substitutie plaatsvinden tussen de verschillende aanbieders van mondzorg en kunnen buitenlandse aanbieders de markt betreden (dit gebeurt nu ook al). Op lange termijn zijn er toetredingsdrempels tot de markt. Voor de opleidingen van onder andere tandartsen, mondhygiënisten en orthodontisten geldt een formele beperking van de instroom.
- *Prikkels consument:* De consument heeft in theorie een sterke prikkel om scherp in te kopen en op de prijs te letten omdat hij vaak een groot deel van de (vaak aanzienlijke) kosten van de behandeling zelf moet betalen. Deze prikkel is afhankelijk van de verzekeringspolis die hij kiest, maar de meeste polissen kennen een vorm van eigen bijbetaling.

- *Anticompetitieve gedragingen:* Het risico op te lage prijzen is beperkt. Aanbieders beschikken niet over voldoende financiële middelen om hun concurrenten langdurig uit de markt te drukken. Het risico op collusie is beperkt, maar wel aanwezig. Het risico op misbruik van inkoopmacht is zeer beperkt aanwezig. Dit komt vooral doordat voor de zorg die door orthodontisten en tandartsen wordt geleverd geen sprake is van een inkooprelatie met een verzekeraar. Voor de zorg die onder de basisverzekering valt is de verzekeraar daarnaast gebonden aan zijn zorgplicht. De kans op anticompetitieve gedragingen wordt verder structureel beperkt omdat de NZa en de NMa de markt monitoren en over instrumenten beschikken om eventuele ongewenste gedragingen te corrigeren.
- *Externe effecten:* De kans op negatieve externe effecten bij het vrijgeven van prijzen is gering. Door de prestatie centraal te stellen is het risico op afwenteleffecten miniem. De kans op negatieve keteneffecten is ook klein. De introductie van vrije prijsvorming geeft een stimulans om meer samen te werken. De kans op volume-effecten is aanwezig. Dit is echter ook het geval onder de huidige prijsregulering. De introductie van vrije prijsvorming vergroot de kans op volume-effecten naar verwachting niet. Er bestaat geen risico op ongewenste zorgverschuivingen in deze markt als de prijzen voor de gehele markt worden vrijgegeven.
- *Lastendruk- en veranderingskosten:* De lastendruk is groter in een systeem met regulering dan in een systeem van vrije prijsvorming. De introductie van vrije prijsvorming leidt wel tot een beperkte toename van de lastendruk. Dit zijn echter incidentele kosten. Structureel verdwijnen de kosten die verbonden zijn aan de tarifiering. De transactiekosten kunnen wel toenemen. Deze laatste hangen samen met eventuele onderhandelingen over contracten. Als de aanbieders van mondzorg geen contractrelatie aangaan met verzekeraars zullen deze kosten zich aan de aanbieders kant niet voordoen. Daarnaast moeten de baten van vrije prijsvorming in ogenschouw worden genomen. Het gaat daarbij om aspecten zoals: meer mogelijkheden om in kwaliteit te investeren, meer variatie in het aanbod, klantgerichter werken, de mogelijkheid om beter in te spelen op regionale omstandigheden en betere prikkels om efficiënt te werken.

Knelpunten

Hoewel aan een groot aantal voorwaarden voor vrije prijzen is voldaan, zijn er ook een aantal knelpunten die een goede werking van de markt in de weg staat. De belangrijkste hiervan zijn de machtspositie van vooral tandartsen op dit marktsegment en de borging en transparantie van kwaliteit. Daarnaast zijn er voor verzekeraars beperkte prikkels en mogelijkheden om prestaties voor orthodontie en tandheelkunde in te kopen. Voor een goede werking van de markt hoeft dit laatste aspect geen probleem te zijn als de consument zelf kritisch inkoopt.

- *Kwaliteit:* De minimum kwaliteit op dit marktsegment is nu niet voldoende geborgd. De rol van de IGZ is hierbij van groot belang. Het beleid vanuit de sector om de kwaliteit te borgen is nu te vrijblijvend, maar wel in ontwikkeling. Voor bepaalde deelmarkten binnen de tandheelkunde, zoals implantologie⁹¹, is de kwaliteit beter geborgd vanwege verplichte herregistratie middels visitatie voor leden van de beroepsgroep.
- *Transparantie:* De kwaliteit van de geleverde zorg tussen verschillende aanbieders is niet transparant. Daarnaast is het voor de

⁹¹ Dit geldt alleen voor implantologen die zijn aangesloten bij de NVOI (Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie).

consument vooraf vaak niet duidelijk waar hij voor een bepaalde behandeling heen moet.

- *Marktverhoudingen:* De verzekeraar beschikt op dit moment niet over een goede onderhandelingspositie op het marktsegment voor orthodontie en tandheelkunde. Hetzelfde geldt voor de consument.
- *Prikkels verzekeraars:* Verzekeraars ervaren op dit moment beperkte prikkels om goed in te kopen. Zij ervaren op dit moment ook een (beperkte) prikkel om op de prijs van de ingekochte zorg te letten. Daarnaast is er een kans dat er voor de verzekeraars geen grote inkooprol is weggelegd als er geen contracten worden gesloten tussen aanbieders en verzekeraars op deze markt.

Het wordt voor hen dan moeilijker om direct eventuele efficiëntiewinsten bij deze aanbieders af te dwingen. Via de vormgeving van hun polissen (eigen bijdragen) kunnen ze wel consumenten prikkelen om scherp in te kopen.

- *Anticompetitieve gedragingen:* Het risico op te hoge prijzen in dit marktsegment is aanwezig. Landelijk gezien is er geen tekort aan aanbieders en kan vrije prijsvorming voor meer dynamiek op de markt zorgen doordat het aanbod beter kan inspelen op de vraag naar mondzorg. Dit beperkt het risico op te hoge prijzen. Het is echter niet zeker of verzekeraars of consumenten hun rol als kritische inkoper kunnen/zullen vervullen. Er bestaat een kans dat net als in de huidige situatie de verzekeraar geen directe inkooprelatie heeft met de orthodontist en de tandarts. Als dit het geval is kan hij geen invloed uitoefenen op de hoogte van de prijs. Het is daardoor belangrijk dat de consument de rol van kritische inkoper op zich neemt. Het is echter niet zeker of de consument in staat is om prijsconcurrentie in dit marktsegment af te dwingen.
- *Ongelijk speelveld:* Het is niet waarschijnlijk dat orthodontisten, mondhygiënisten en tandprotheticen en tandartsen op een gelijke manier met elkaar kunnen concurreren. De tandarts is vaak het directe aanspreekpunt voor de patiënt en heeft voor sommige prestaties een doorverwijsfunctie. Hij kan beslissen of hij de patiënt zelf wil behandelen of dat hij de patiënt doorverwijst. De tandarts beschikt daarom over een betere marktpositie dan de andere aanbieders. Het is echter de vraag of dit erg is. Dit is alleen het geval als de tandarts verrichtingen gaat doen die beter door andere aanbieders kunnen worden verricht.

Marktsegment mondhygiënische en tandprothetische zorg

Uit de meetlat blijkt dat de marktsegmenten mondhygiëne en tandprothetiek aan veel van de voorwaarden voor een goed werkende markt voldoen.

- *Voldoende aanbieders:* Op landelijk niveau is sprake van een zekere balans tussen vraag en aanbod. Bij een eventuele toename van de vraag naar mondhygiëne (mogelijke schaarste) kunnen huidige aanbieders hun aanbod uitbreiden (veel mondhygiënisten werken parttime), kan substitutie plaatsvinden tussen de verschillende aanbieders van mondzorg (tandartsen die zich bijvoorbeeld gaan richten op prestaties die door mondhygiënisten en tandprotheticen worden aangeboden) en kunnen buitenlandse aanbieders de markt betreden. Op lange termijn geldt dat sprake is van toetredingsdrempels tot de markt. Voor de opleidingen van mondhygiënist geldt een instellingsfixus en de opleiding tot tandprotheticus is particulier gefinancierd. De overheid kan in anticipatie op verwachte schaarste op de markt wel het aantal opleidingsplaatsen uitbreiden, maar zij zal nooit helemaal goed kunnen inspelen op veranderingen in marktontwikkelingen omdat deze met onzekerheid zijn omgeven.

- *Marktverhoudingen:* Op de marktsegmenten voor mondhygiënische en tandprothetische zorg beschikt de verzekeraar op dit moment over een goede onderhandelingspositie.
- *Prikkels consument:* De consument ervaart in theorie een prikkel om goed in te kopen en op de prijs te letten omdat hij vaak een deel van de behandeling zelf moet betalen. Voor die behandelingen (zoals de volledige gebitsprothese) die helemaal door de basisverzekering worden gedekt is deze prikkel minder. Dit geldt ook voor de zorg die een wettelijke eigen bijdrage kent.
- *Anticompetitieve gedragingen:* Het risico op te hoge prijzen is beperkt. Verzekeraars beschikken over voldoende inkoopmacht en er is op dit moment geen schaarste op de markt. Het risico op te lage prijzen is beperkt. Aanbieders beschikken niet over voldoende financiële middelen om hun concurrenten uit de markt te drukken. Het risico op collusie is beperkt, maar wel aanwezig. Het risico op misbruik van inkoopmacht is ook beperkt. Verzekeraars beschikken over een zekere mate van inkoopmacht. Aan de ene kant ervaren zij geen prikkel om goed in te kopen omdat de consument niet op de ingekochte zorg kan letten (vanwege een gebrek aan transparantie). Hierdoor bestaat een risico op misbruik van inkoopmacht. Anderzijds zijn de kosten, de financiële schadelast voor verzekeraars, voor deze prestaties beperkt en daarmee de prikkels om scherp in te kopen. De kans op anticompetitieve gedragingen wordt verder beperkt omdat de NZa en de NMa de markt monitoren en over instrumenten beschikken om eventuele ongewenste gedragingen te corrigeren.
- *Externe effecten:* Zie omschrijving bij marktsegment orthodontie en tandheelkunde.
- *Lastendruk- en veranderingskosten:* Zie omschrijving bij marktsegment orthodontie en tandheelkunde.

Knelpunten

Naast de voorwaarden waaraan de markt voldoet zijn er ook een aantal knelpunten die een goede werking van de markt in de weg staan. De belangrijkste hiervan zijn de beperkte prikkels voor consumenten en verzekeraars om goed in te kopen, het ongelijke speelveld met de tandarts en het gebrek aan transparantie op de markt op het gebied van kwaliteit.

- *Kwaliteit:* De minimum kwaliteit is niet voldoende geborgd. Zie ook omschrijving bij marktsegment orthodontie en tandheelkunde. De rol van de IGZ is op dit punt ook van groot belang. Tandprotheticici die zijn aangesloten bij de beroepsvereniging moeten wel verplichte cursussen volgen en worden gevisiteerd om in aanmerking voor herregistratie van hun lidmaatschap te komen.
- *Transparantie:* De kwaliteit van de geleverde zorg is niet transparant. Hierdoor is het voor verzekeraars en consumenten moeilijk om aanbieders met elkaar te vergelijken en een aanbieder te kiezen. Daarnaast is het voor de consument niet transparant bij welke aanbieder hij voor een bepaalde prestatie terecht kan als verschillende aanbieders een soortgelijke prestatie leveren.
- *Prikkel verzekeraar:* De prikkel voor de verzekeraar om goed in te kopen is beperkt, behalve voor de zorg die valt onder de basisverzekering. De verzekeraar beschikt wel over goede mogelijkheden om aan sturing te doen.
- *Ongelijk speelveld:* Zie omschrijving bij marktsegment orthodontie en tandheelkunde.

4.7 Advies: experiment met vrije prijsvorming

Zoals al in paragraaf 4.1 aangegeven geeft het vrijgeven van prijzen verzekeraars en aanbieders meer vrijheden om klantgericht te werken. Zo krijgen partijen bijvoorbeeld ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant, ontstaan meer mogelijkheden voor innovatie en ondernemerschap en kan recht worden gedaan aan verschillen in zorgzwaarte.

Aanbieders en verzekeraars kunnen zich met deze producten en diensten ook beter van elkaar onderscheiden. Bovendien komen in een vrije markt schaarsteverhoudingen beter tot uitdrukking. Bij regionale tekorten kan dit leiden tot nieuwe toetreders waardoor de toegankelijkheid van de markt verbetert. Ook geeft het een prikkel om de transparantie in de markt te vergroten, waardoor de concurrentiedruk tussen aanbieders kan stijgen en er sterkere prikkels zijn om efficiënt te opereren. Deze prikkels en mogelijkheden zijn beperkt onder een regime van prijsregulering.

Over de mate waarin vrije prijsvorming op de markt voor mondzorg het consumentenbelang goed kan borgen bestaat echter wel onzekerheid. De belangrijkste risico's zijn hierbij het gebrek aan transparantie, mogelijke regionale schaarste (toetredingsdrempels), de doorverwijsrol van de tandarts en de inkooprol van de consument.

Advies

Het voorstel van de NZa is daarom om middels een experiment de tarieven voor mondzorg voor een periode van vijf jaar vrij te geven. Via dit experiment kan inzicht verkregen worden in de gevolgen van vrije prijsvorming.

De vormgeving van een experiment moet na een aanwijzing van de Minister nader uitgewerkt worden in overleg met marktpartijen. Hierbij kan onder andere stilgestaan worden bij de concrete inrichting van de monitors (inclusief nulmeting) en situaties waarin het experiment stop wordt gezet en wanneer de prijzen voor de mondzorg definitief worden vrijgegeven. Als tijdens of na het experiment geconstateerd wordt dat het consumentenbelang wordt geschaad, kan ook besloten worden om het experiment te stoppen en de tarieven opnieuw te gaan reguleren.

Zoals hierboven aangegeven gaat het vrijgeven van de prijzen in de mondzorg gepaard met een aantal risico's. Een experiment biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de vraag hoe de prijzen, kwaliteit en toegankelijkheid zich zullen ontwikkelen in een vrije marktomgeving. Voordat de consument of verzekeraar kritisch kan gaan inkopen moet de transparantie op het gebied van kwaliteit, prestaties en prijs wel voldoende zijn. Hieraan dient gewerkt te worden in de voorfase van het experiment.

Randvoorwaarden

De NZa stelt de volgende randvoorwaarden aan invoering van vrije prijzen in de totale mondzorg door middel van een experiment:

- Transparantie van kwaliteit: Kwaliteitsindicatoren zijn nodig waarmee de consumenten (en verzekeraars) de door aanbieders geleverde prestaties kunnen vergelijken. Het Programma Zichtbare Zorg is samen met marktpartijen gestart met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren mondzorg. Er dienen minimaal een aantal betekenisvolle stappen te zijn gezet om kwaliteitsindicatoren openbaar toegankelijk te maken voor consumenten door de betrokken partijen voorafgaand aan het experiment met vrije prijzen mondzorg. Hiermee wordt bedoeld dat er gewerkt wordt aan het ontwikkelen van indicatoren en dat er voortgang zichtbaar is.

- Transparantie van prestatie: De NZa moet heldere prestatiebeschrijvingen hebben opgesteld en deze moeten zijn ingevoerd.
- Transparantie van prijs: Voor de start van het experiment moet de verplichting zijn opgelegd aan aanbieders om de standaardprijzlijsten openbaar te maken voor consumenten op een voor de consument makkelijk toegankelijke plek en moet de verplichting zijn opgelegd om standaard voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van € 150 een prijsopgave te verstrekken. Daarnaast is de verplichting opgelegd om de factuur voor ingekochte tandtechniek aan de consument te laten zien. De standaardprijzlijsten worden, zo snel mogelijk na de start van het experiment, landelijk zichtbaar gemaakt via een website. Tevens is de verplichting opgelegd dat wanneer de zorgaanbieder in prijs differentieert naar zorgzwaarte en de daarvoor gehanteerde criteria aan de consument helder worden gemaakt.
- De consumenten moeten verder goed zijn voorbereid op de situatie van vrije prijzen (empowerment), bijvoorbeeld via een publiekscampagne. Aanbieders en verzekeraars moeten daarnaast ook goed zijn voorbereid.
- Tot slot is een tijdige beslissing van de Minister over het experiment een voorwaarde.

Startdatum experiment

Vanwege de gestelde randvoorwaarden gaat de NZa er van uit dat de uiterste startdatum van het experiment 1 januari 2011 is. Dit betekent echter niet dat 1 januari 2010 als startdatum niet mogelijk is. Dit geldt met name voor de deelmarkt orthodontie die op een aantal gestelde randvoorwaarden vooruit loopt. Zowel voor de deelmarkt orthodontie als voor de gehele mondzorgmarkt is de NZa bereid mee te werken aan invoering van het experiment per 1 januari 2010. De Minister moet dan wel voor 1 juli 2009 een beslissing hebben genomen. Dit scenario is echter niet reëel zonder medewerking van de sector. Op alle randvoorwaarden zullen marktpartijen, consumentenorganisaties, IGZ en NZa gezamenlijk een forse inspanning moeten leveren. Alleen in dat geval is het mogelijk dat de NZa prestatiebeschrijvingen voor 1 oktober 2009 kan vaststellen en invoeren voor 1 januari 2010 (inclusief ICT-systemen), kan flinke vooruitgang worden geboekt bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en kunnen zodoende consumenten, aanbieders en verzekeraars zich voorbereiden op het experiment.

Vormgeving experiment

In het experiment worden voor heel Nederland de prijzen van alle prestaties in de mondzorg vrijgegeven voor de periode van vijf jaar. Mocht bij tussentijdse monitoring blijken dat het algemeen consumentenbelang wordt geschaad dan kan het vrijgeven van de tarieven worden teruggedraaid en zal de NZa opnieuw tarieven vast gaan stellen voor de mondzorg. Het algemeen consumentenbelang kan bijvoorbeeld geschaad worden als er ongewenste of onverklaarbare prijsstijgingen optreden, de toegankelijkheid in gevaar komt of de kwaliteit van zorg verslechterd. Voor de einddatum van het experiment moet besloten worden of het experiment verlengd wordt, of dat de prijzen definitief worden vrijgegeven. Bij dit besluit is wederom het algemeen consumentenbelang leidend. Tussentijdse monitoring is hierbij van essentieel belang (zie hoofdstuk 6).

De NZa is tegen het afgeven van een referentietarief tijdens het experiment met vrije prijzen. Dit is immers een vorm van tariefregulering, wat geen recht doet aan de dynamiek in de markt en marktverstoring kan werken. Daarnaast bestaat het risico dat een referentietarief in de praktijk gaat functioneren als een minimumtarief

hetgeen onwenselijk is voor de consument. De NZa ziet op basis van de analyse geen reden om de tarieven te blijven reguleren. Om de mogelijke risico's van vrije prijzen in te perken is een experiment met vrije prijzen en intensieve monitoring voorgesteld. Om de consument een prijsvergelijkingsinstrument te bieden adviseert de NZa om de standaardprijzlijsten, zo snel mogelijk na de start van het experiment, landelijk zichtbaar te maken via een website.

Reikwijdte vrije prijzen

Met het vrijgeven van de prijzen van de totale markt worden ook de prijzen van bijzondere tandheelkunde en andere zorg die vergoed wordt vanuit de Zvw, zoals de jeugdmondzorg en complexe orthodontische zorg, net als de AWBZ mondzorg vrij.

Vanuit marktwerkingsperspectief is het onderscheid tussen basisverzekering Zvw/AWBZ en aanvullende verzekering/niet-verzekerde zorg niet relevant voor de analyse of vrije prijzen mogelijk zijn. Het feit dat een deel van de mondzorg vergoed wordt is op zichzelf geen reden om de prijzen te reguleren.

Voor de analyse of een markt geschikt is voor vrije prijzen zijn de criteria in de meetlat leidend. Deze analyse is voor de mondzorg in principe gelijk voor verzekerde en niet-verzekerde zorg. De toegankelijkheid van de zorg aan risicogroepen wordt geborgd doordat deze zorg vergoed wordt vanuit de Zvw of AWBZ. Daarnaast hebben de verzekeraars juist voor de verzekerde mondzorg zorgplicht en daarmee een sterke prikkel om zorg voor een goede prijs/kwaliteitverhouding in te kopen. Het consumentenbelang wordt hier vertegenwoordigd door de verzekeraar. In de niet-verzekerde mondzorg is het risico aanwezig dat de consumenten geen invulling kunnen geven aan hun rol als zorginkoper; dit risico is minder relevant voor de verzekerde mondzorg vanwege de inkopende verzekeraar. Dit betekent dat de analyse op basis van de meetlat zelfs positiever is voor de verzekerde zorg dan voor de niet-verzekerde zorg en juist eerder een reden om de prijzen vrij te laten. De aanbodkant voor de Zvw/AWBZ-zorg geeft daarnaast geen aanleiding om de prijzen niet vrij te geven. Er zijn geen aparte toetredingsbelemmeringen voor deze zorg en in principe kan elke tandarts deze zorg leveren. Tot slot geven vrije prijzen de aanbieders en verzekeraars een middel in handen om de hogere zorgwaarde van de zorg aan patiënten met een verhoogd risico te verdisconteren in de individuele prijzen, net zoals rekening kan worden gehouden met lokale omstandigheden. Daarnaast bieden vrije prijzen meer mogelijkheden om te investeren in kwaliteit en innovatie, wat juist voor deze complexe zorg noodzakelijk is.

4.7.1 Mondzorg AWBZ

Met het landelijk vrijgeven van de prijzen mondzorg adviseert de NZa tevens de honoraria per werkbaar uur voor zorgaanbieders die patiënten behandelen die verblijven of behandeld worden in een AWBZ-inrichting vrij, te geven net als de reiskosten van de zorgaanbieder van en naar de instelling en de eventueel gemaakte techniekkosten. Deze behandelingen kunnen immers ook in reguliere praktijken plaatsvinden. De kosten voor de patiënten met indicatie voor de functies behandeling en verblijf in één en dezelfde instelling blijven gereguleerd via de instellingsbudgetten AWBZ.

De zorgaanbieder en het zorgkantoor zullen nog steeds scherpe afspraken kunnen maken over de prijs, maar kunnen hierin ook differentiëren, afhankelijk van de lokale omstandigheden. Dit geeft een

prikkel voor kwaliteit en innovatie. Tevens geeft dit ruimte om te differentiëren naar zorgzwaarte.

4.7.2 Bijzondere tandheelkunde

De bijzondere tandheelkunde, zoals omschreven in het Besluit Zorgverzekeringswet, viel buiten de projecten *Herziening bekostigingsstructuur mondzorg* en *Mogelijkheden voor vrije prijsvorming mondzorg*. Vanwege het advies om landelijk alle prijzen van de totale mondzorg vrij te geven is de vraag gerezen of het in stand houden van deze beperkte regulering niet een belemmering oplevert voor de bijzondere tandheelkunde. Deze bijzondere zorg wordt immers niet alleen in centra bijzondere tandheelkunde⁹² verricht, maar ook in reguliere praktijken (de huidige prestatiecode U10/U05). De risico's van zorgverschuiving en kruissubsidiëring zijn dan aanwezig. Vrije prijsvorming voor deze zorg geeft een impuls voor innovatie en kwaliteit en geeft ruimte om te differentiëren naar zorgzwaarte.

Daarnaast zijn de administratieve lasten lager doordat niet twee systemen naast elkaar hoeven blijven te bestaan. Vanwege de vergoeding van bijzondere tandheelkunde vanuit de Zorgverzekeringswet verwacht de NZa dat verzekeraars deze zorg scherp blijven inkopen. Het risico op het stijgen van de macroprijzen voor bijzondere tandheelkunde acht de NZa daarom beperkt. De NZa adviseert om, als de prijzen landelijk voor de totale mondzorg worden vrijgegeven, dit tevens te doen voor de bijzondere tandheelkunde voor reguliere praktijken en voor centra bijzondere tandheelkunde.

Voor de invoering van vrije prijzen dient een besluit te worden genomen over de afbouw van de huidige regulering van de centra bijzondere tandheelkunde. Specifiek dient, in overleg met betrokken partijen, besloten te worden over het afhandelen van de verrekeningen van de gereguleerde jaren en de nacalculatie. De NZa overweegt op dit moment dat de NZa de nacalculatie op voorafgaande verrekenende jaren voorafgaand aan het moment van invoering van vrije prijzen (jaar t + 1) berekent, maar het aan het centrum en de verzekeraar overlaat of deze nacalculatie wordt verwerkt in het individuele centrumtaarief. Dit uurtarief is immers vrij vast te stellen.

4.7.3 Instellingen voor jeugdtandverzorging

Met het vrijgeven van de prijzen voor de gehele mondzorg worden ook de prijzen voor de jeugdmondzorg vrijgegeven. Wat de jeugdmondzorg betreft is er een aanvullende motivering om de prijzen van deze zorg tegelijk met de rest van de mondzorg vrij te geven. Het niet vrijgeven van de prijzen voor de jeugdmondzorg zou de consequentie hebben dat voor inhoudelijke dezelfde prestatie in dezelfde praktijk voor de volwassene de aanbieder de prijs zelf mag vaststellen en voor het kind een gereguleerd tarief geldt op basis van gegevensonderzoek van de NZa. Dit zet de prijs voor de volwassenenzorg en kan marktverstrend werken. Het risico bestaat dat het tarief voor de jeugdige als minimumtarief voor de volwassene gaat fungeren; dat is onwenselijk. Ook het risico op kruissubsidiëring is aanwezig.

Met een systeem van vrije prijzen en de mogelijkheid om te differentiëren in tarief al naar gelang de zorgzwaarte (zie paragraaf 5.4), zijn de bestaande risicotoeslagen en toeslagen voor de haal en/of brengservice voor instellingen voor jeugdtandverzorging niet langer

⁹² Er zijn zelfstandige centra, (juridisch) niet-zelfstandige centra, inclusief de centra kleiner dan 1 fte in ziekenhuizen en in AWBZ-instellingen (verpleeginstellingen).

nodig. Deze instellingen kunnen, op basis van de kosten en de zorgzwaarte van hun patiëntenpopulatie, de benodigde prijzen per prestatie zelf vaststellen.

Deze zullen naar verwachting hoger zijn dan de prijzen voor dezelfde prestaties in andere mondzorgpraktijken. Tevens geeft dit de prikkel dat ook reguliere kindertandheelkundepraktijken hun prijzen passend kunnen maken op basis van de zorgzwaarte van hun patiëntenpopulatie.

Voor de invoering van vrije prijzen dient een besluit te worden genomen over de afbouw van de huidige regulering van de instellingen voor jeugd tandverzorging. Specifiek dient, in overleg met betrokken partijen, besloten te worden over het afhandelen van de verrekeningen van de gereguleerde jaren en de nacalculatie. De NZa overweegt op dit moment dat de NZa de nacalculatie op voorafgaande verrekende jaren voorafgaand aan het moment van invoering van vrije prijzen (jaar $t + 1$) berekent, maar het aan de instelling en de verzekeraar overlaat of deze nacalculatie wordt verwerkt in de prijzen van de instelling. Die prijzen zijn immers vrij vast te stellen.

4.7.4 Tandtechniek in eigen beheer

Met bovenstaand advies, adviseert de NZa om ook de tarieven voor tandtechniek in eigen beheer vrij te geven. Voor specifiek dit gedeelte van de mondzorg is het advies mede gebaseerd op een aanvullende analyse: Deze gereguleerde vorm van tandtechniek maakt een zeer beperkt deel uit van de totale markt voor techniekkosten, die immers vooral geleverd wordt door tandtechnische ondernemingen. Dat een deel gereguleerd is en een deel niet levert een ongelijk speelveld op voor de aanbieders. Het vrijgeven van het gereguleerde deel leidt naar opvatting van de NZa tot een beperkt risico op prijsstijging van dat deel van de totale tandtechniek. Daarnaast geeft het wel een prikkel tot kwaliteit en innovatie en trekt het de bekostiging voor de aanbieders op deze markt gelijk.

Uit de consultatie blijkt dat er op het gebied van de inkoop van tandtechniek geen sprake lijkt te zijn van inkoopvoordelen⁹³, zoals bijvoorbeeld in de farmaceutische markt wel het geval is. Het inbouwen van een prikkel tot het doorgeven van inkoopvoordelen aan de consument is derhalve niet nodig. Wel moeten de aanbieder en de consument geprikkeld worden tot scherpe inkoop op kwaliteit en prijs. Deze prikkel bestaat in de vrije markt. Zoals al in hoofdstuk 3 is aangegeven gaat de NZa vanwege het vergroten van de transparantie de aanbieders verplichten om de factuur voor ingekochte tandtechniek aan de consument te laten zien.

⁹³ Het betreft hier niet mogelijke betalingskortingen.

5. Prestatiebeschrijvingen

In een prijsgeruleerde markt wordt aan elke prestatie een tarief toegekend. Aangezien de NZa voorstelt op korte termijn landelijk te experimenteren met vrije prijzen in de gehele mondzorg, gaat de NZa in dit visiedocument niet in op welke tariefhoogtes voor de prestaties mondzorg zouden moeten gelden en hoe deze berekend zouden moeten worden. Pas als uit de monitoring van de vrije markt mondzorg zou blijken dat vrije prijzen tot teveel risico's leiden en het consumentenbelang wordt geschaad, zal de NZa overgaan tot tariefregulering. Op dat moment zal de NZa deze tarieven gaan reguleren op basis van gegevensonderzoek, zoals kostprijzen, en een methodiek ontwikkelen voor de tariefregulering.

Vooralsnog zal de NZa alleen de prestaties blijven reguleren. De NZa wil de bestaande prestatiebeschrijvingen op een aantal punten vernieuwen. De mogelijkheden die de NZa hiertoe ziet staan centraal in dit hoofdstuk.

5.1 Uitgangspunten beschrijven van prestaties

Op basis van de Wmg stelt de NZa prestatiebeschrijvingen vast voor de mondzorg. Een prestatie is de levering van zorg door een zorgaanbieder. Kernvraag voor een prestatiebeschrijving is wat de zorg inhoudt. Op basis van deze prestaties moet de geleverde zorg gedeclareerd worden. Vormen van prestatiebeschrijvingen zijn een abonnement, verrichting of product. De term prestatiebeschrijving is de wettelijke term die de NZa hanteert voor ál deze varianten.

In de Wmg is het principe van (landelijk) prestaties beschrijven vastgelegd. Dit betekent dat ook voor de deelmarkten waar geen sprake is van tariefregulering de NZa nog steeds de declarabele prestaties vastlegt. Er is een principiële discussie mogelijk over de vraag of in een volledig geliberaliseerde markt nog prestaties landelijk moeten worden vastgesteld⁹⁴. In een volkomen perfecte markt met volledige informatie zou het theoretisch niet nodig zijn. Mocht het beschrijven van prestaties voor Wmg-zorg niet wettelijk bepaald zijn, dan nog zou de NZa voor de mondzorg adviseren om vooralsnog landelijke prestatiebeschrijvingen vast te stellen, omdat dit de transparantie, die nog verbeterd moet worden, op de markt ten goede komt, voor consumenten, maar ook voor aanbieders en verzekeraars.

De werkingssfeer van de Wmg is niet gedefinieerd in termen van categorieën aanbieders, maar in termen van geleverde zorg. Bij het beschrijven van de prestatie staat daarom de zorg centraal en niet de zorgaanbieder(s). Dit uitgangspunt wordt functioneel omschreven zorg genoemd. De huidige bekostiging is gericht op de organisatie en niet op de prestatie. De prestatiebeschrijvingen dienen daarom functioneel omschreven te worden. Voor dezelfde prestaties moet dezelfde regulering gelden; de aanbieder van de prestatie is niet relevant voor de tariefhoogte. Dat betekent ook dat substitutie tussen eerste lijn en tweede lijn en substitutie tussen verschillende aanbieders in de eerste lijn makkelijker mogelijk wordt.

⁹⁴ Een andere discussie is het aanpassen van de reikwijdte van de Wmg waardoor de zorg niet meer onder de Wmg valt. In dat geval hoeven er landelijk geen prestaties te worden vastgesteld door de NZa.

In een systeem van vrije prijzen kan elke aanbieder zijn eigen individuele prijs bepalen, maar alle aanbieders gebruiken dezelfde prestatiebeschrijvingen voor dezelfde zorg.

Dat de NZa de zorg functioneel benadert wil niet zeggen dat de NZa zich daarmee uitspreekt voor een mogelijke taakherschikking of een bepaalde zorgorganisatievorm. De bekostigingstructuur moet neutraal staan tegenover de ideeën van taakherschikking die de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg⁹⁵ heeft gelanceerd, maar moet deze ook niet belemmeren. Taakherschikking en werken volgens het teamconcept is een ondernemerskeuze die de zorgaanbieders zelf moeten maken en waarbij verschillende afwegingen een rol zullen spelen. Een voordeel van een functionele omschrijving van de zorg is dat verschillende organisatievormen niet belemmerd worden in praktijk door de prestatie- en tariefregulering. Een bekostigingstructuur maakt wel een bepaalde organisatievorm meer aantrekkelijk. De NZa gaat er in eerste instantie van uit dat vraagsturing en transparantie aanbieders prikkelen tot de meest optimale organisatie. De NZa wil zich alleen in de schaalgrootte mengen als dat nodig is vanwege marktmacht of vanwege het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg. Vooralsnog ziet de NZa hiertoe geen aanleiding op de markt voor mondzorg.

Flankerend beleid

Bij het functioneel beschrijven van de prestaties is er in praktijk een ongelijkheid bij de uitvoering van dezelfde prestatie door meerdere typen aanbieders. Tandartsen en orthodontisten zijn tuchtrechtelijk aansprakelijk (art. 3 Wet BIG); mondhygiënist en tandprotheticus zijn alleen civiel- of strafrechtelijk aansprakelijk (art. 34 Wet BIG). De NZa adviseert u dit onderscheid in tuchtrechtelijke aansprakelijkheid mee te nemen bij de (eventuele) aanpassing van de Wet BIG.

5.2 Criteria voor vaststellen prestaties

Voor het vaststellen van declarabele prestaties hanteert de NZa, voor alle zorgmarkten, de volgende criteria:

- Inhoudelijke/tandheelkundige herkenbaarheid; Aanbieder en consument/verzekeraar moeten een prestatie als zodanig kunnen herkennen. Om een nieuwe prestatie toe te voegen, moet er ook een duidelijk verschil met andere prestaties zijn.
- Meetbaarheid; Prestaties moeten eenduidig kunnen worden vastgelegd, met name voor het declaratieverkeer en monitoring.
- Er moet een minimaal volume zijn (aantal patiënten/geleverde prestaties) en een minimale omzet. Er moet een evenwicht worden gezocht tussen het 'vermarkten' van nieuw zorgaanbod enerzijds en een wildgroei van prestaties anderzijds. Dit is mede relevant voor (potentiële) marktwerking. Prestaties worden pas interessant voor inkoop als sprake is van voldoende volume.
- Spreiding; Prestaties moeten voldoende gespreid zijn over een aantal aanbieders, anders heeft het geen zin om er een landelijk geldende prestatie van te maken.
- Niet manipuleerbaar; De aanbieder moet niet de mogelijkheid hebben om het aantal prestaties eenzijdig sterk te beïnvloeden, anders dan door hogere reële productie.

⁹⁵ Adviesgroep capaciteit mondzorg. (2000). *Capaciteit mondzorg. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn*. Den Haag: Ministerie van VWS.

- Dat betekent ook dat prestaties onderscheidbaar van elkaar moeten zijn en weinig mogelijkheid tot SID en upcoding moeten bieden. Anderzijds moet het ook niet tot onderbehandeling leiden.
- Kostenhomogeniteit; Binnen dezelfde prestatiedefinitie moeten de werkelijke kosten niet te veel uit elkaar liggen. Is dat wel het geval, dan kan het beter zijn om er twee prestaties van te maken. Voorbeeld: als geriatrische fysiotherapie, kindersfysiotherapie en fysiotherapie bij complexe of meervoudige zorgvraag dezelfde kosten meebrengen en dezelfde tijd van de therapeut beslaan, dan heeft het opsplitsen ervan geen zin uit oogpunt van regulering⁹⁶.

5.3 Prestatievarianten

Er zijn diverse varianten om de prestaties mondzorg te beschrijven. De manier waarop prestaties worden beschreven geeft vrijwel automatisch richting aan de wijze waarop de prijzen (gereguleerd dan wel vrij) worden opgesteld. Zo leidt een prestatieverrichting tot een prijs in de vorm van een verrichting en werkzaamheden per tijdseenheid tot een uur/minutenprijs.

De volgende varianten zijn mogelijk:

- In termen van te onderscheiden *verrichtingen*.
In een verrichtingensysteem worden alle mogelijke activiteiten/handelingen voor een behandeling als aparte prestatie beschreven. Eén activiteit is één verrichting. Voor een totale behandeling kunnen één of meer verrichtingen nodig zijn. De zorgaanbieder ontvangt een vast bedrag voor iedere geleverde diagnostische en therapeutische verrichting.
- Als *productbeschrijving* van de meest voorkomende behandelingen.
Alle benodigde activiteiten/handelingen voor de totale behandeling worden samengevoegd tot één product. De zorgaanbieder ontvangt een vast bedrag voor iedere geleverde productbehandeling, ongeacht het aantal werkelijk geleverde (deel)behandelingen voor de betreffende patiënt.
- Als set van samenhangende behandelingen met een *diagnose* als uitgangspunt.
Aan elke diagnose worden een aantal activiteiten/handelingen gekoppeld. De tarifiering vindt plaats op basis van een vast bedrag per gestelde diagnose, ongeacht het aantal werkelijk geleverde (deel)behandelingen voor de betreffende patiënt.
- Als werkzaamheden die per *tijdseenheid* worden gehonoreerd.
Een tijdseenheidensysteem vat alle mogelijke activiteiten in een prestatie samen met daaraan gekoppeld een tijdsperiode waarin de prestatie kan worden geleverd. De zorgaanbieder ontvangt een vast bedrag per tijdseenheid, ongeacht het aantal behandelingen dat hij in die tijd levert. Het uurtarief is hier een voorbeeld van.
- Als werkzaamheden in het kader van een *abonnementsysteem*.
Een abonnementsysteem vat alle mogelijke activiteiten in een (algehele) prestatie samen. De zorgaanbieder ontvangt een vast bedrag per abonnee voor de tijdsduur van het abonnement, ongeacht het aantal geleverde behandelingen en ongeacht de mate waarin de patiënt daadwerkelijk zorg consumeert. Een abonnementsysteem impliceert meestal ook een beschikbaarheidsvergoeding van de zorgaanbieder.
- Als werkzaamheden in het kader van een *budgetsysteem*.
Het budgetsysteem is een systeem waarbij de zorgaanbieder per patiënt of per patiëntenpopulatie een vast budget voor een bepaalde

⁹⁶ Laat onverlet dat de aanbieder zich wel kan specialiseren op een bepaalde doelgroep en daar een competitief voordeel tracht te realiseren (kwaliteit/prijsverhouding).

periode (maand/jaar) ontvangt, waarbij dit budget is gebaseerd op een aantal parameters (zoals aantal patiënten, zorgzwaarte). Dit budget per periode is ongeacht het aantal geleverde behandelingen en ongeacht de mate waarin de patiënt daadwerkelijk zorg consumeert. Binnen het budgetbedrag kan gedeclareerd worden op basis van verrichtingen, producten, uren enz.

5.3.1 Toetsingscriteria prestatievarianten

Een bekostigingsstructuur moet kwaliteit, innovatie en doelmatigheid van zorg stimuleren, transparant zijn voor consumenten, aanbieders en verzekeraars en tot een zo laag mogelijke lastendruk leiden. Daarnaast is het effect op wachtlijsten en het risico van risicoselectie, aanbodgestuurde vraag /SID en upcoding relevant. De prestatievarianten hebben ieder een bepaald effect op deze toetsingscriteria.

De criteria worden vanuit een financiële invalshoek bekeken, omdat de bekostigingsstructuur daar invloed op heeft. Dat laat onverlet dat in praktijk voldaan kan worden aan de criteria door andere factoren, zoals een intrinsieke motivatie om de kwaliteit van zorg te verbeteren of innovatief te werken. Ook de mogelijke effecten van risicoselectie, SID en upcoding worden vanuit een theoretische benadering beschreven. Dit wil niet zeggen dat deze effecten in de praktijk van de mondzorg (massaal) bestaan of zullen ontstaan, maar wel dat dit potentiële risico's zijn die per bekostigingsstelsel in grootte variëren.

5.3.1.1 Transparantie van prestaties en prijs

De prestatiebeschrijvingen en prijs moeten makkelijk te begrijpen en herkenbaar zijn voor de consument, aanbieder en verzekeraar (zie hoofdstuk 3). In de systemen van tijdseenheid, abonnement en budget is de prestatiebeschrijving transparant. De precieze behandeling die de consument heeft gehad en de prijs die daarvoor is betaald is echter niet transparant, omdat de relatie tussen zorginhoud en prijs ontbreekt. De behandelingstransparantie is het grootst in een verrichtingensysteem en in mindere – maar voldoende- mate ook in een product- of diagnosesysteem. Bij deze systemen bepaalt de manier waarop de prestatie is beschreven de daadwerkelijke transparantie voor de consumenten, zowel voor- als achteraf. Dat betekent dat de prestaties in deze systemen helder en in een voor de consument begrijpelijke taal moeten zijn beschreven.

5.3.1.2 Innovatie

In de bekostigingsstructuur moet ruimte zijn voor het uitvoeren van innovatieve behandelingen. Hierbij is een onderscheid te maken in proces- en productinnovatie (zie 5.5.1). Een verrichtingensysteem en een productsysteem stimuleren procesinnovatie en productinnovatie, mits deze innovatie gemakkelijk vertaald wordt in nieuwe verrichtingen/producten.

In het abonnementsysteem, budgetsysteem, tijdseenheidensysteem en diagnosesysteem is de investering voor proces- en productinnovaties in principe niet lonend aangezien dit geen financiële compensatie oplevert⁹⁷.

⁹⁷ Dit laat onverlet dat zorgaanbieders ook in deze systemen vanuit een intrinsieke motivatie willen investeren in innovatie.

5.3.1.3 Kwaliteit

De zorginhoudelijke kwaliteit moet geborgd en gestimuleerd worden in de bekostigingstructuur. Zorginhoudelijke kwaliteit is in geen enkel bekostigingstelsel vanzelfsprekend en ook is de transparantie van kwaliteit niet vanzelfsprekend zichtbaar of meetbaar. Daarvoor zijn andere maatregelen nodig, zoals het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en richtlijnen. Het stimuleren van kwaliteit door de verschillende bekostigingssystemen wordt benaderd vanuit de financiële invalshoek, doordat de bekostigingstructuur daar invloed op uitoefent.

De prikkel tot het financieel investeren in en verbeteren van de kwaliteit ontbreekt in het abonnement/budgetstelsel, doordat deze inspanning niet lonend is vanwege het vastgestelde abonnement/budgetbedrag⁹⁸. Uiteraard kan het abonnement/budgetbedrag worden aangepast, maar dat zal in praktijk pas achteraf plaatsvinden waarmee dit een belemmering vormt. Ook is het risico aanwezig dat dure behandelingen die wel medisch noodzakelijk zijn worden beperkt (onderbehandeling), waardoor de kwaliteit van zorg negatief wordt beïnvloed.

In een product of diagnosesysteem zijn de activiteiten die nodig zijn voor het product of de totaalbehandeling per diagnose in zijn totaliteit declarabel. Afhankelijk van de juistheid van de samenstelling van het product/diagnosebehandeling geeft dit een prikkel om de vereiste kwaliteit te leveren. Wel kunnen zorgaanbieders geprikkeld worden te bezuinigen op kwaliteit door minder handelingen te verrichten dan noodzakelijk is voor het totale product of de behandeling per diagnose (onderbehandeling).

Het tijdseenheidstelsel geeft voldoende ruimte voor het optimaliseren van de kwaliteit van de zorg, mits dit geen (financiële) investeringen vergt. Het risico bestaat dat behandelingen die relatief veel kosten (per tijdseenheid) worden beperkt (onderbehandeling), wat de kwaliteit van zorg negatief beïnvloedt.

Een verrichtingstelsel stimuleert het financieel investeren in kwalitatief goede zorg wel, doordat alle handelingen die nodig zijn voor de kwalitatief beste zorg declarabel zijn als verrichting.

5.3.1.4 Doelmatigheid

Doelmatigheid wordt gedefinieerd als de optimale prijs/kwaliteitverhouding: de beste kwaliteit tegen de laagst mogelijke kosten.

In een abonnementsstelsel en budgetstelsel wordt de aanbieder geprikkeld tot een zo groot mogelijke hoeveelheid abonnementen/zo groot mogelijk budget en tot het leveren van zo min mogelijk zorg binnen het abonnement/budget. De prikkel om goede zorg tegen een lage prijs te leveren is beperkt, aangezien de zorgaanbieder vooral een prikkel heeft om de kosten laag te houden waardoor het risico op zorgversraling (onderbehandeling) toeneemt. Dit leidt tot ondoelmatige zorg.

De manier waarop de producten en de behandeling per diagnose zorginhoudelijk juist zijn samengesteld, heeft invloed op de doelmatigheid. In het productstelsel en diagnosesysteem kan de zorgaanbieder geprikkeld worden om de kosten voor de productbehandeling of behandeling per diagnose beperkt te houden. Dat kan op zichzelf tot doelmatige zorg leiden. Indien dit echter leidt tot het uitvoeren van minder deelhandelingen dan noodzakelijk is voor de totale

⁹⁸ In alle bekostigingssystemen kunnen zorgaanbieders vanuit een intrinsieke motivatie geprikkeld worden om de kwaliteit te verbeteren.

behandeling wordt de kwaliteit negatief beïnvloedt (onderbehandeling) en is de zorg niet doelmatig.

In het tijdseenheidssysteem is de prikkel aanwezig om de kwaliteit per behandeling te optimaliseren, ongeacht hoeveel tijdseenheden (en dus kosten) daarvoor nodig zijn. Dit kan leiden tot hoge kosten per behandeling, waardoor de zorg ondoelmatig wordt geleverd (overbehandeling).

In het verrichtingssysteem is de prikkel om de kosten te verlagen niet aanwezig, waardoor er geen risico op zorgvershraling is, maar wel een risico op hoge kosten in verhouding tot de geleverde kwaliteit. Ook dat kan tot ondoelmatige zorg leiden.

5.3.1.5 Lastendruk

De bekostigingstructuur moet leiden tot een zo laag mogelijke lastendruk. Lastendruk bestaat uit administratieve lasten en inhoudelijke nalevingskosten (zie paragraaf 4.5). Voor het effect van de lastendruk per prestatievariant zijn met name de inhoudelijke nalevingskosten bepalend. Deze kosten zijn in de systemen tijdseenheid, abonnement en budget laag. Afhankelijk van het aantal budgetparameters kan een budgetstelsel een meer of mindere zware lastendruk opleveren.

In een verrichtingssysteem is de lastendruk hoog, tenzij het aantal verrichtingen beperkt is. Een gevolg van een verrichtingssysteem is echter dat elke nieuwe activiteit die nodig is in praktijk vertaald moet worden in een verrichting. Dit brengt het risico met zich mee dat het aantal verrichtingen snel toeneemt, waardoor de lastendruk stijgt. In principe leidt een productstelsel of diagnosesysteem tot minder lasten dan een verrichtingssysteem, maar ook dit is afhankelijk van het aantal producten/diagnoses. Als de producten niet helder zijn beschreven zal voortdurend discussie ontstaan over de specificatie en toereikendheid van de producten, waardoor de vraag naar nieuwe producten (idem diagnoses) zal stijgen. In dat geval neemt de lastendruk toe.

5.3.1.6 Risicoselectie

De zorgaanbieder past risicoselectie toe als hij de patiënten met een laag gezondheidsrisico wel selecteert voor behandeling en patiënten met een hoog gezondheidsrisico (met hogere kosten) niet behandelt.

In het abonnement, budget en tijdseenheid systeem loopt de zorgaanbieder volledig risico op de kosten en heeft hij een grote prikkel om het aantal behandelingen met hoge kosten te beperken en derhalve deze patiënten te weren (risicoselectie). In een verrichtingssysteem is de prikkel tot risicoselectie beperkt, aangezien de zorgaanbieder elke handeling, ook die voor patiënten met meer gecompliceerde behandelingen, kan declareren. Een productstelsel of diagnosesysteem heeft een groter risico op risicoselectie dan het verrichtingssysteem, doordat zorgaanbieders geprikkeld worden – gegeven de prijs per product/diagnose – duurdere patiënten niet te behandelen.

5.3.1.7 Ontstaan van wachtlijsten

Het risico op het ontstaan van wachtlijsten is relevant om te onderzoeken voor de toegankelijkheid.

Het risico op het ontstaan van wachtlijsten is het grootst in het abonnement/budgetstelsel en tijdseenheidssysteem. De financiële vergoeding staat los van de geleverde inspanning. Dit leidt tot het risico van onderproductie en daardoor het ontstaan van wachtlijsten. In het systeem van verrichtingen, producten en diagnose is deze financiële

prikkel wel aanwezig, waardoor het risico op het ontstaan van wachtlijsten beperkt is.

5.3.1.8 Risico op aanbodgestuurde vraag/supplier induced demand⁹⁹

Er is sprake van aanbodgestuurde vraag als een zorgaanbieder (financiële) prikkels ervaart om extra, medisch gezien niet noodzakelijke zorg te leveren (en declareren) om extra inkomsten te genereren. Dit risico bestaat alleen bij het verrichtingssysteem en het productsysteem. Het risico op aanbodgestuurde vraag is in de andere systemen niet aanwezig.

5.3.1.9 Risico op upcoding

Er is sprake van upcoding als een zorgaanbieder de prikkel ervaart om duurdere, complexere behandelingen uit te voeren dan medisch noodzakelijk is.

Deze prikkel is aanwezig in het verrichtingssysteem. Afhankelijk van het aantal en de vorm waarin de producten beschreven zijn, is het risico op upcoding ook in het product/diagnosesysteem aanwezig. Het risico op upcoding is in de andere systemen niet aanwezig.

5.3.2 Voorstel prestatievariant

Abonnement/budgetsysteem/tijdseenheidsysteem

Het abonnementsysteem, budgetsysteem en tijdseenheidsysteem scoren relatief het minst positief op de toetsingscriteria voor de bekostigingstructuur.

Diagnosesysteem

Het diagnosesysteem scoort relatief gemiddeld op de toetsingscriteria en heeft iets minder positieve effecten als een productsysteem of verrichtingssysteem.

Een diagnosesysteem vereist een (internationaal) geclassificeerde indeling van diagnoses en overeenstemming van de zorgaanbieders over de benodigde behandeling per diagnose, die bij voorkeur leiden tot medisch-inhoudelijke richtlijnen.

Indien er per diagnose meerdere behandelingsmogelijkheden zijn – wat binnen de mondzorg vaak zo is – moet de prestatie niet vanuit de diagnose worden beschreven, maar moeten de behandelingsmogelijkheden als prestaties worden beschreven. Een voorbeeld maakt dit duidelijk (zie kader op volgende bladzijde).

⁹⁹ Zie voor meer uitleg van deze begrippen en het begrip upcoding paragraaf 4.4.3.

Voorbeeld van diagnose als uitgangspunt bij prestatiebeschrijving¹⁰⁰

Diagnose: (beginnende) cariës bij kinderen

Behandelmogelijkheden:

- Restauratieve behandeling
 - toepassen ART-techniek
 - regulier restaureren met
 - glasionomeer
 - composiet
 - compomeer
 - vervaardigen van roestvrijstalen kroontje
- Extractie
- Non-invasieve behandeling (mits ouders meewerken)
 - verbetering plakverwijdering
 - vermindering aantal zoetmomenten
 - verhoging aantal poetsmomenten (eventueel met tandpasta met hogere fluorideconcentratie)
 - locale fluoride-applicatie
 - eventueel bijlijpen van de randen van caviteiten zodat laesie beter toegankelijk wordt voor tandenborstel

Behandelmogelijkheid (of combinatie van) per kind of per element is afhankelijk van leeftijd (bv. een non-invasieve behandeling bij kinderen tussen één en vier jaar heeft de voorkeur), wisselfaxe, strategische positie van element, behandelbaarheid, het effect van preventieve adviezen en het voorkomen van pijn en abscessen.

Alleen het beschrijven van de diagnose cariës bij kinderen leidt in praktijk tot meerdere behandelingsstrategieën. Deze strategieën moeten in prestaties worden gevat, zodat de zorgaanbieder de prestatie kan declareren die past bij de in praktijk toegepaste behandeling.

In een systeem van vrije prijzen kan, theoretisch gezien, de diagnose als prestatie worden beschreven waarna de zorgaanbieder het tarief per diagnose aanpast per patiënt per de gekozen behandelingsstrategie. Dit betekent echter dat consumenten niet de prijzen van verschillende aanbieders kunnen vergelijken en het betekent een grote administratieve belasting voor de zorgaanbieders.

Vanwege het ontbreken van een (internationaal) geclassificeerde indeling van diagnoses en medisch-inhoudelijke richtlijnen over de gewenste behandeling van de diagnose en het feit dat in praktijk per diagnose meerdere behandelingen mogelijk zijn, vindt de NZa het systeem waarbij de diagnose het uitgangspunt is voor het beschrijven van prestaties op dit moment ongeschikt voor de mondzorg. Dat neemt overigens niet weg dat de NZa het positief vindt als marktpartijen dergelijke systemen zouden gaan ontwikkelen.

Productsysteem

De moeilijkheid bij het beschrijven van de productprestaties is dat dit inhoudelijke overeenstemming vereist over de manier waarop een product of producten voor een behandeling inhoudelijk tot stand komen. Dit vergt nog uitwerking in de mondzorg.

¹⁰⁰ Deze beschrijving op basis van een diagnose met mogelijkheden (DBM) is een concept, gemaakt door de NZa op basis van het artikel 'Cariës in het kindergebit' in het Nederlands Tandartsenblad nr. 10 (23 mei 2008).

Onlosmakelijk met elkaar verbonden activiteiten (verrichtingen), die altijd bij de betreffende behandelingen moeten worden uitgevoerd, kunnen relatief eenvoudig tot een product worden geclusterd. Producten die worden geleverd op basis van vrijwel altijd dezelfde deelbehandelingen kunnen ook worden geclusterd tot één totaalbehandeling (het product). Waar deze deelbehandelingen substantieel verschillen kunnen meerdere producten worden beschreven, waarbij dit onderscheid duidelijk wordt aangegeven (bijvoorbeeld meerdere typen vullingen; één type vulling is één product).

Indien hiermee rekening wordt gehouden voldoet het productsysteem aan veel uitgangspunten van een bekostigingstructuur.

Verrichtingssysteem

Het verrichtingssysteem heeft in verhouding de meeste positieve effecten op de toetsingscriteria voor een bekostigingstructuur.

Conclusie

Uit de analyse van de effecten op de toetsingscriteria voor een bekostigingstructuur per prestatievariant blijkt dat het abonnementsysteem, budgetsysteem en tijdseenheidssysteem relatief het minst positief scoren op de toetsingscriteria voor de bekostigingstructuur. Het diagnosesysteem scoort relatief gemiddeld op de toetsingscriteria en heeft iets minder positieve effecten als een productsysteem of verrichtingssysteem; daarnaast is het diagnosesysteem op dit moment in de mondzorg ongeschikt vanwege het ontbreken van een (internationaal) geclassificeerde indeling van diagnoses en medisch-inhoudelijke richtlijnen over de gewenste behandeling van de diagnose en het feit dat in praktijk per diagnose meerdere behandelingen mogelijk zijn. Het productsysteem en het verrichtingssysteem hebben in verhouding de meeste positieve effecten op de toetsingscriteria voor een bekostigingstructuur.

De NZa vindt het verbeteren van de transparantie voor de consument een zeer belangrijk criterium voor het advies welke prestatievariant gewenst is voor de mondzorg. Zoals in hoofdstuk 3 is geconcludeerd moeten de beschrijvingen helder worden beschreven waarbij enige clustering van de prestaties gewenst is, maar waarbij de behandeling nog dusdanig gespecificeerd is dat de consument de opbouw van de prijs begrijpt. Dit leidt tot transparantie van prestatie én van prijs.

Op basis van de getoetste criteria en de resultaten van het consumentenonderzoek naar de ervaren en gewenste transparantie in de mondzorg vindt de NZa een systeem waarbij een mix wordt gevonden tussen verrichtingen enerzijds en producten anderzijds het meest gewenst. Deze systemen hebben beide in verhouding de meeste positieve effecten op de uitgangspunten voor een bekostigingstructuur en voldoen samen aan de eis om de prestaties voor de helderheid te clusteren, maar waarbij toch specificatie van de prijs mogelijk blijft. Daar waar het mogelijk is om verrichtingen te clusteren tot een voor de consument herkenbaar product dient dit te gebeuren. Een belangrijk criterium hierbij is of de apart beschreven verrichting een meerwaarde oplevert voor de transparantie. Alle prestaties, ook bestaande verrichtingen die behouden blijven en nieuwe verrichtingen, moeten in een voor de consument heldere taal worden beschreven. Dit gaat de NZa uitvoeren.

Voor de topreferente zorg, bijzondere tandheelkunde en AWBZ-mondzorg vindt de NZa het systeem van een tijdseenheid (zoals uurtarieven) het beste bekostigingssysteem. Tijdseenheid is een

geschikter systeem voor moeilijk behandelbare en gecompromitteerde patiënten. Dit wordt in paragrafen 5.5.4, 5.5.5 en 5.5.6 uitgewerkt.

5.4 Zorgzwaarte

De prijzen van prestaties zijn gebaseerd op een gemiddelde patiënt; dit geldt bij tariefregulering maar ook bij vrije prijsvorming. Een systeem van prijzen dat gerelateerd is aan gemiddelde patiënten geeft de prikkel tot risicoselectie en onderbehandeling, omdat de prijs niet toereikend is voor patiënten die zeer sterk afwijken van het gemiddelde. Hierbij valt te denken aan patiënten waarvoor in praktijk de tijdsduur sterk naar boven afwijkt van de gemiddelde tijdsduur (zoals patiënten met een verstandelijke of lichamelijke beperking of extreem angstige patiënten). Dit leidt tot het toepassen van risicoselectie of onderbehandeling.

De prikkel om risicoselectie uit te voeren is te voorkomen door de prijzen te differentiëren naar zorgzwaarte. De prestatiebeschrijving blijft gelijk, maar de prijs varieert afhankelijk van de zorgzwaarte. De zorgzwaarte is ook in categorieën te verdelen. Voorwaarde is wel dat de indeling in zorgzwaarte(s) op basis van heldere, meetbare criteria plaatsvindt die ook voor de consument transparant moeten zijn. Anders bestaat het risico van upcoding (duurdere zorg declareren dan medisch noodzakelijk). Dergelijke criteria zijn bijvoorbeeld leeftijd of een hoger risico op gebitsziekten¹⁰¹.

Om bij vrije prijzen de transparantie voor de consument op het gebied van zorgzwaarte te verbeteren zal de NZa een transparantie-eis voor zorgaanbieders vaststellen. Hiermee worden zorgaanbieders verplicht om de consument duidelijk te maken op basis van welke zorgzwaartecriteria de prijzen door de zorgaanbieder zijn aangepast.

Doordat aanbieders in een systeem van vrije prijzen zelf de naar zorgzwaarte gedifferentieerde prijzen kunnen vaststellen, hebben zij een prikkel om meer patiënten met hogere zorgzwaartes te gaan behandelen dan in het huidige systeem.

Dit laat onverlet dat de kosten van praktijken, om wat voor reden dan ook, verschillen en deze kosten door de zorgaanbieders vertaald zullen worden in hogere of lagere prijzen per prestatie. Dit is de gemiddelde prijs per prestatie voor die praktijk. Deze prijszetting en het eventuele prijsverschil ten opzichte van andere, concurrerende aanbieders zal de aanbieder in een goed werkende markt ook zichtbaar moeten maken om de consument zijn zorg te laten inkopen bij die praktijk. Het systeem van zorgzwaartes gaat nog een stap verder: de door de praktijk berekende gemiddelde prijs voor een prestatie is voor bepaalde patiënten niet toereikend. Die bijstelling van prijs moet helder zichtbaar zijn en op basis van meetbare criteria geschieden.

¹⁰¹ Tandheelkundige risicogroepen: Patiëntengroepen waarbij op grond van onderzoek en ervaring is gebleken, dat de kans op mondafwijkingen groot is. Dit kunnen ook patiënten zijn, die vanwege sociaal-economische en culturele redenen regelmatig tandartsbezoek niet tot hun prioriteit rekenen, dan wel door omstandigheden niet zelfstandig van de tandheelkundige verzorging gebruik (kunnen) maken. Denk aan jeugdigen, ouderen, mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking, mensen met een lage SES, asielzoekers, illegaal in Nederland verblijvende mensen, drugsverslaafden, dak/thuislozen, zwangeren.

5.5 Verdere aanpassingen prestatiebeschrijvingen

Hiervoor is beschreven dat de huidige prestatiebeschrijvingen aangepast moeten worden om de transparantie te vergroten en vanwege de uitgangspunten voor een bekostigingstructuur waarvan de criteria per bekostigingstelsel zijn getoetst.

Daarnaast wil de NZa nog enkele mogelijke verbeteringen invoeren. De huidige prestatiebeschrijvingen zijn niet meer volgens de laatste state of the art ('innovatie') beschreven. Daarnaast zijn de bestaande prestaties te weinig georiënteerd op de preventieve zorg, non-invasieve zorg en topreferente mondzorg. In deze paragraaf wordt dieper op de overige punten ingegaan en worden mogelijkheden voor verbetering beschreven. Ook wordt voorgesteld hoe de bijzondere tandheelkunde, mondzorg AWBZ en de materiaal/techniekkosten in prestaties kunnen worden gevat.

5.5.1 Innovatieve zorg

In de nieuwe bekostigingstructuur moet meer ruimte zijn voor innovatie dan nu het geval is. De gezondheidszorg is voortdurend in beweging door nieuwe inzichten en technologische ontwikkelingen. Dat geldt ook voor de mondzorg. Zorgaanbieders willen patiënten kunnen behandelen op basis van de jongste inzichten en met gebruikmaking van de modernste technieken. Vooral in het begin van innovaties zijn meestal investeringen nodig. Op langere termijn kunnen deze investeringen worden terugverdiend of worden, vanwege het gebruik door een grotere groep aanbieders of vanwege een toename van leveranciers van de innovatie, de investeringskosten lager. De doorslaggevende factor voor toepassing van een innovatie in zorgverlening is vaak de mogelijkheid om als zorgaanbieder een bepaalde techniek of ingreep te kunnen declareren. Daarvoor is het nodig dat een prestatiebeschrijving is opgesteld.

Hierbij is een onderscheid te maken tussen procesinnovatie en productinnovatie. Procesinnovatie houdt een andere wijze van organiseren van/rond de geleverde zorg in (logistieke innovatie). Procesinnovatie moet leiden tot een verhoging van de efficiëntie en prijsvoordelen en kan ook leiden tot een verhoging van de kwaliteit. De bestaande prestatiebeschrijvingen voldoen voor de zorg waar procesinnovatie plaatsvindt. Indien de prijs, bijvoorbeeld voor de investeringskosten, niet voldoet kan die prijs in een markt met vrije prijzen door de betreffende zorgaanbieder(s) worden aangepast. Productinnovatie betekent dat de zorg middels een nieuwe behandelmethode/techniek wordt geleverd. Productinnovatie moet leiden tot een verhoging van de kwaliteit, waarbij de prijs kan dalen maar ook kan stijgen (medische innovatie). Voor het stimuleren van productinnovatie is het nodig dat er nieuwe prestaties worden beschreven voor de betreffende behandeling/techniek. In een vrije markt kan de betreffende zorgaanbieder zijn eigen prijs bepalen voor deze productinnovatie.

Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen bij de NZa een aanvraag indienen om één of meerdere prestatiebeschrijvingen op te stellen of te wijzigen. De NZa kan dit ook op eigen initiatief doen.

Eén van de eisen die de NZa stelt om een volledig nieuwe prestatie toe te voegen is dat de innovatieve behandeling een bewezen (*evidence-based*) en meetbaar gunstig effect heeft. Wetenschappelijke verenigingen kunnen hier een bijdrage aan leveren.

Omdat voor de meeste volledig nieuwe behandelingen niet direct 'evidence' beschikbaar is, moet er ook ruimte zijn om met innovaties te experimenteren.

Om hier aan tegemoet te komen heeft de NZa in 2007 de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten* vastgesteld¹⁰². Door deze beleidsregel kunnen zorgaanbieders en verzekeraars een nieuw zorgproduct declareren, doordat zij in de overeenkomst zelf de prestatiebeschrijving en de prijs vastleggen. Het gaat om prestaties die door innovatie een betere prijs-kwaliteitverhouding tot stand brengen. Partijen kunnen gedurende maximaal drie jaar experimenteren. Deze beleidsregel is ook van toepassing op de mondzorg. Tijdens de experimenteerperiode moet onderzoek naar de effecten van de innovatie plaatsvinden. Als na de experimenteerfase de innovatie zijn effect heeft bewezen, kan de behandeling verwerkt worden in de landelijk geldende prestatielijst.

Een andere mogelijkheid om te kunnen experimenteren met innovatieve zorg is het tijdelijk, bijvoorbeeld gedurende twee jaar, opnemen van een nieuwe prestatie in de prestatiebeschikking. Hiertoe kan een verzoek door (individuele) aanbieders en/of verzekeraars worden ingediend. In de tussentijd kan de effectiviteit van de betreffende prestatie onderzocht worden zodat na de experimentele periode de prestatie al dan niet definitief landelijk kan worden ingevoerd. Dit is bijvoorbeeld bij fysiotherapie- en oefentherapie ook gedaan.

De in het consultatiedocument *Herziening bekostigingsstructuur mondzorg* voorgestelde *Innovatiecommissie* die meedenkt over de inhoudelijke en financiële aspecten van in prestaties op te nemen innovaties is door de meeste marktpartijen afgeraden. De taak om de NZa te adviseren over nieuwe prestaties heeft de Adviescommissie Cure Vrije beroepen. De leden kunnen ten behoeve van hun advisering de inbreng van wetenschappelijke verenigingen en deskundigen vragen. Ook de NZa kan deze verenigingen en deskundigen raadplegen.

De NZa gaat ten behoeve van innovatie:

- Evidence-based behandelingen opnemen als prestatie in de (nieuwe) lijst van prestatiebeschrijvingen.
- De prestaties die gebruikelijk zijn bij een groot deel van de zorgaanbieders (stand van praktijk) en in het belang van de consument zijn, maar nog niet evidence-based, in prestaties vatten.
- Bij dit proces van het aanpassen van prestaties aan de hand van innovaties past het tevens om de bestaande prestaties waar nodig op te schonen voor niet meer gebruikelijke ('achterhaalde') of niet-effectieve behandelingen.
- Voor innovatieve behandelingen die nog in de kinderschoenen staan kunnen zorgaanbieders lokaal experimenteren middels de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten*.
- Voor innovatieve experimenten waarop de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten* niet toepasbaar is, kan de NZa op verzoek van een (individuele) aanbieder en/of verzekeraar tijdelijk een prestatie op nemen in de prestatielijst. Gedurende deze periode moeten de effecten van de innovatieve behandeling worden onderzocht door de indiener(s) van het verzoek.

¹⁰² De werking van deze beleidsregel wordt in 2009 door de NZa geëvalueerd.

5.5.2 Preventieve zorg

Op dit moment is het merendeel van de prestaties gericht op curatie en in mindere mate op preventie¹⁰³. Preventieve activiteiten betreffen voorlichting, instructie en (be)handeling. Te denken valt aan voedingsvoorlichting, voorlichting over het ontstaan van cariës, voorlichting over het ontstaan van tandvleesaandoeningen, uitvoeren volledige gebitsreiniging (plaque, tandsteen, aanslag), instructie gebitsverzorging, maken van een pocket- of parodontiumstatus, aanbrengen van gebitsbeschermende middelen (fluoride, sealen), polijsten van tanden, kiezen, vullingen, reinigen implantaten, maken van bacteriologische kweek. Deze preventieve activiteiten vormen een essentieel onderdeel van het behandeltraject om de mondgezondheid te verbeteren. Voor bijvoorbeeld de groep jeugdigen zijn preventieve activiteiten belangrijk. Het veranderen van het gedrag van de patiënt is een belangrijk doel van preventie. Het betreft primaire preventie (ziekte voorkomen), secundaire preventie (ziekte vroegtijdig opsporen) en tertiaire preventie (complicaties en ziekteverergering voorkomen; zelfredzamer maken patiënten). Voor zorgaanbieders is het, buiten intrinsieke motivatie, alleen aantrekkelijk om preventieve behandelingen uit te voeren als die behandelingen declarabel zijn. De NZa gaat, waar nodig, prestaties op het gebied van (individuele) preventie beschrijven. Deze preventieprestaties moeten toepasbaar zijn op de totale patiëntenpopulatie.

5.5.2.1 Collectieve preventie

Naast individuele preventie is collectieve preventie van belang. Jeugdigen vormen binnen de mondzorg een risicogroep. Belangrijke bedreigingen van de mondgezondheid bij kinderen zijn tandcariës en tanderosie. Preventieve zorg is voor de groep jeugdigen belangrijk.

In de jaren zeventig gaven de schooltandartsdiensten tandheelkundige voorlichting. In de jaren tachtig kregen op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV¹⁰⁴) de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) de verantwoordelijkheid voor de tandheelkundige gezondheidsvoorlichting aan de jeugd van 4 tot 18 jaar. De jeugd van 0 tot 4 jaar krijgt voorlichting via de consultatiebureaus.

Alhoewel de mondgezondheid van de jeugdigen in de laatste decennia sterk is verbeterd en driekwart van de Nederlandse jeugd een gaaf of gesaneerd gebit heeft, laten recente cijfers zien dat de mondgezondheid van een deel van de jeugd te wensen over laat en deze groep lijkt te groeien bij de jeugd tot vijftien jaar¹⁰⁵. Vooral de jongste kinderen lijken te weinig naar de tandheelkundige praktijk te gaan. Om dit tij te keren is de NMT in samenwerking met andere organisaties het programma Kies voor Gaaf! gestart¹⁰⁶.

Daarbij vormt de voorlichting door GGD'en en consultatiebureaus een belangrijke schakel in het voorkomen van gebitsziekten en het op tijd behandelen van gebitsziekten. Ook is er een belangrijke rol weggelegd voor het selecteren van de kinderen met een verhoogd risico op gebitsziekten. Een deel van de jeugd komt namelijk niet uit zichzelf naar de mondzorgaanbieders. Deze groep kinderen moet zo vroeg mogelijk worden benaderd.

¹⁰³ Het preventieve consult is enige jaren geleden opgenomen in het algemene consult, waarbij het tarief voor het consult is verhoogd. Dit heeft er toe geleid dat (de tarifiering van) deze preventie onzichtbaar is geworden.

¹⁰⁴ De NZa heeft geen bevoegdheden op grond van de WCPV.

¹⁰⁵ Signalement mondzorg CVZ 2008

¹⁰⁶ Zie voor meer informatie de website www.nmt.nl

In de reacties op de consultatiedocumenten en tijdens gesprekken over de jeugdmondzorg heeft de NZa vernomen dat de tandheeskundige voorlichting in praktijk door de GGD'en en consultatiebureaus tekort lijkt te schieten als gevolg van onvoldoende capaciteit en middelen die ingezet worden voor de tandheeskundige voorlichting.

Flankerend beleid

De NZa adviseert nader onderzoek te verrichten naar de middelen die de GGD'en en consultatiebureaus ter beschikking staan voor tandheeskundige voorlichting, de effectiviteit die daarmee bewerkstelligd kan worden en eventuele verbeteringen die mogelijk zijn. De NZa adviseert dit in samenhang te bezien met de nieuwe Wet Publieke Gezondheid (opvolger van de WCPV).

5.5.3 Non-invasieve mondzorg

In het kader van het lange-termijn behandelplan kan er gekozen worden om een patiënt juist *niet* curatief te behandelen. Dit is de zogenoemde non-invasieve behandeling. Te denken valt aan het niet vullen van een gaatje, maar de patiënt voor te lichten over het verbeteren van plakverwijdering of het verminderen van het aantal zoetmomenten.

Tot nu toe is de tijd die de zorgaanbieder hierin steekt niet declarabel, behalve op basis van het consult. Dit consultbedrag is niet altijd toereikend voor de feitelijke tijd. Om zorgaanbieders te stimuleren waar nodig non-invasief te behandelen moeten deze handelingen in ieder geval in prestaties worden gevat. De NZa zal deze prestaties gaan beschrijven. Praktisch gezien zullen dit deels dezelfde prestaties zijn die ook voor 'preventie' beschreven worden.

5.5.4 Topreferente mondzorg

Aan universiteiten tandheelkunde worden ook patiënten behandeld in het kader van onderwijs en onderzoek. In deze universitaire behandelpraktijken vinden behandelingen plaats die in reguliere praktijken ook worden gegeven. Daarnaast is er sprake van topreferente zorg: moeilijke, dure of weinig voorkomende vormen van diagnostiek en behandeling. Deze vormen van zorg vereisen zeer specialistische kennis. Patiënten die voor topreferente zorg in aanmerking komen hebben vaak meerdere, al dan niet met elkaar samenhangende aandoeningen, of een eenvoudige aandoening met ingewikkelde complicaties. Voor een goede diagnose en behandeling vergt dit vaak overleg tussen verschillende specialisten. Van tevoren staat niet altijd vast hoe de patiënt behandeld moet worden doordat het vaak zoeken is naar een juiste behandeling voor deze patiënten. Het zijn immers weinig voorkomende en moeilijk te diagnosticeren aandoeningen.

Deze topreferente zorg betreft unieke of innovatieve behandelingen en is over het algemeen niet in bestaande prestaties gevat. Hierdoor staat het continue verbeteren van de kwaliteit van deze complexe zorg onder druk. Ook de toegankelijkheid van zorg is in gevaar, omdat de universiteiten maar een beperkt aantal patiënten kunnen behandelen met de bestaande middelen. De topreferente zorg dient in prestaties te worden beschreven, zodat de zorg declarabel wordt en de aanbieders (universiteiten) geprikkeld worden deze zorg te (blijven) leveren.

Voor innovatie behandelingen in universitaire centra staat voor het beschrijven van de prestatie dezelfde weg open als voor innovatieve behandelingen in reguliere praktijken: de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten* of de mogelijkheid om een tijdelijke prestatie door de NZa te laten beschrijven. Voor deze innovatieregelingen is het echter in praktijk nodig dat dezelfde nieuwe behandeling bij meerdere patiënten toegepast gaat worden. Dit is vanwege de uniekheid van de aandoeningen niet altijd mogelijk. Voor een deel van de zorg waarnaar wetenschappelijk onderzoek wordt verricht lijkt dit wel een geschikte methode. Voor de zorg aan patiënten waarvan de prestatie wel beschreven is, maar de zorgzwaarte hoger is vanwege de complexiteit van de behandeling, staat in een systeem van vrije prijzen de mogelijkheid open om de prijs (opwaarts) aan te passen (zie paragraaf 5.4). Ook deze werkwijze is vanwege de unieke patiëntenbehandelingen een omslachtige methode, daar per patiënt de prijs van de prestatie moet worden aangepast. Anders dan in praktijken waar de patiëntenpopulatie gemiddeld een hogere zorgzwaarte heeft waarmee de prijzen per prestatie voor die praktijk op een gemiddeld hoger prijsniveau kunnen worden gebaseerd, kan een universiteit vooraf moeilijk inschatten welke patiëntenbehandelingen het komende jaar verricht gaan worden. Ook gaat het niet om een incidentele patiënt waarvoor de prijs naar gelang de zorgzwaarte moet worden bijgesteld, maar betreft het vrijwel de gehele patiëntenpopulatie.

De NZa gaat vanwege bovenstaande redenen de prestatiebeschrijving 'toppreferente mondzorg' toevoegen aan de (nieuwe) prestatielijst, die naar verwachting vooral in universitaire centra zal worden uitgevoerd. De NZa zal aan deze prestatie een tijdseenheid verbinden (bijvoorbeeld uurprijs). Dit biedt tevens de mogelijkheid om de zorg te declareren die niet valt onder bestaande prestatiebeschrijvingen en niet in het kader van het experimenteren met innovatieve methoden in een (lokale/tijdelijke) prestatie kunnen worden gevat.

5.5.5 Bijzondere tandheelkunde

Zoals opgemerkt in paragraaf 4.7 adviseert de NZa om ook de prijzen voor bijzondere tandheelkunde vrij te geven.

Analoog aan hetgeen voor toppreferente zorg is beschreven gaat de NZa een prestatie 'bijzondere tandheelkunde' toevoegen aan de prestatielijst, die toepasbaar is voor centra bijzondere tandheelkunde en voor reguliere praktijken¹⁰⁷. De NZa zal aan deze prestatie een tijdseenheid koppelen. Dit is in de huidige bekostigingstructuur ook al het geval en dit systeem is werkbaar gebleken voor de bekostiging van deze moeilijk behandelbare patiëntengroepen. Voor dergelijke patiënten met meerdere aandoeningen en/of complicerende factoren is vooraf geen standaardbehandeling te bepalen. De complexiteit per patiënt kan verschillend zijn. Ook bij deze categorie patiënten is het zoeken naar de juiste behandeling. Een aanvullende reden t.o.v. de genoemde redenen bij toppreferente zorg voor het systeem van tijdseenheid is dat het in de bijzondere tandheelkunde, die onder de Zvw valt, gebruikelijk is om met machtigingen vooraf van de verzekeraar te werken. Het machtigingenbeleid verloopt administratief makkelijker indien er met vooraf vastgestelde prijzen per tijdseenheid wordt gewerkt dan in de situatie dat per patiënt de prijs per behandeling varieert.

¹⁰⁷ Dit is niet als prikkel bedoeld om de bijzondere tandheelkundige zorg te verplaatsen naar de reguliere praktijken, maar doet recht aan de situatie dat bijzondere tandheelkunde deels in centra bijzondere tandheelkunde plaatsvindt en deels in reguliere praktijken. Voor deze zorg geldt dezelfde prestatiebeschrijving.

5.5.6 Mondzorg AWBZ

Met het landelijk vrijgeven van de prijzen mondzorg (zie paragraaf 4.7) worden de honoraria voor zorgaanbieders die mondzorg leveren aan patiënten die verblijven of behandeld worden in een AWBZ-inrichting, ook vrij. Ook deze zorg dient in een prestatiebeschrijving te worden gevat, net als bijzondere tandheelkunde en topreferente zorg.

Om dezelfde redenen als voor bijzondere tandheelkunde zal de NZa voor de AWBZ-mondzorg een algemene prestatie beschrijven waaraan het systeem van tijdseenheid wordt gekoppeld¹⁰⁸.

5.5.7 Materiaal/techniekkosten

Zoals in paragraaf 4.7 beschreven is het advies van de NZa om de tarieven voor tandtechniek in eigen beheer, vanwege het gelijke speelveld met de tandtechnische ondernemingen, vrij te geven. De vraag is welke prestaties voor deze zorg beschreven moeten worden. Op dit moment zijn de prestaties van tandtechnische ondernemingen niet gereguleerd en die van aanbieders die tandtechniek in eigen beheer maken, wel. Deze lijst is door de gedetailleerde beschrijvingen niet transparant voor de consument. Daarbij wordt deze lijst in praktijk slechts in beperkte mate gebruikt, daar het grootste deel van de techniekkosten wordt geleverd door tandtechnische ondernemingen. De NZa zal daarom ten behoeve van alle materiaal- en techniekkosten, ingekocht dan wel in eigen beheer gemaakt, de prestatiebeschrijving 'materiaal/techniekkosten' opnemen in de nieuwe prestatielijst.

In paragraaf 3.4.3 heeft de NZa al opgemerkt de zorgaanbieder te willen verplichten de factuur voor ingekochte tandtechniek aan de consument te laten zien.

5.6 Conclusie

Ook in de situatie van vrije prijzen stelt de NZa de prestatiebeschrijvingen vast. Dit is een zelfstandige bevoegdheid van de NZa en de NZa zal de mogelijke verbeteringen op het gebied van de prestaties uitvoeren. In dit hoofdstuk zijn de uitgangspunten voor het beschrijven van prestaties genoemd en de criteria voor het vaststellen van prestaties beschreven. Daarna zijn de diverse prestatievarianten weergegeven die vervolgens getoetst zijn op basis van de toetsingscriteria transparantie, innovatie, kwaliteit, doelmatigheid, lastendruk, het effect op wachtlijsten en het risico van risicoselectie, aanbodgestuurde vraag/SID en upcoding. Op basis van deze getoetste criteria en de resultaten van het consumentenonderzoek naar de ervaren en gewenste transparantie in de mondzorg vindt de NZa een bekostigingssysteem waarbij een mix wordt gehanteerd van verrichtingen en producten het meest geschikt. Voor de topreferente zorg, bijzondere tandheelkunde en AWBZ-mondzorg vindt de NZa het tijdseenheidssysteem het beste bekostigingssysteem. De prestaties dienen transparant te zijn voor de consument. Dat betekent dat de beschrijvingen in heldere en voor de consument herkenbare taal moeten worden beschreven. Daarnaast moet in de

¹⁰⁸ Ter verduidelijking: Vanwege de individuele uurprijzen is het huidige onderscheid in uurtarief met eigen huispraktijk, uurtarief zonder eigen huispraktijk en uurtarief indien de patiënt in de eigen praktijk wordt behandeld, niet langer nodig. De noodzakelijke kosten kunnen immers verdisconteerd worden in de vrij te bepalen prijs per tijdseenheid.

prestatiebeschrijvingen ruimte worden gemaakt voor innovatieve zorg, preventieve zorg, non-invasieve zorg en topreferente zorg. De prikkel om risicoselectie uit te voeren is te voorkomen door de prijzen te differentiëren naar zorgzwaarte. Om bij vrije prijzen de transparantie voor de consument op het gebied van zorgzwaarte te verbeteren zal de NZa een transparantie-eis voor zorgaanbieders vaststellen. Hiermee worden zorgaanbieders verplicht om de consument duidelijk te maken op basis van welke zorgzwaartecriteria de prijzen door de zorgaanbieder zijn aangepast.

Flankerend beleid

De NZa adviseert om te onderzoeken of de herziening van de bekostigingstructuur mondzorg aanleiding geeft om het basispakket Zorgverzekeringswet met betrekking tot mondzorg aan te passen. Specifieke aanleiding hiertoe is het beschrijven van prestaties op het gebied van preventie die voor de jeugdigen onderdeel zal moeten worden van de inhoud van het basispakket. Ook de andere, nieuwe prestatiebeschrijvingen kunnen aanleiding zijn om de inhoud of omvang van het basispakket te herzien. Met dit advies wordt niet bedoeld om de inhoud en omvang van het huidige pakket Zvw te verkleinen. De intentie van het advies is om het pakket aan te laten sluiten bij de vernieuwde prestaties.

6. Monitoren risico's en marktontwikkelingen

Als de Minister van VWS besluit om een markt vrij te geven, dan ligt er een belangrijke taak voor de NZa om een markt te monitoren. Via de monitor kunnen marktontwikkelingen worden gevolgd en wordt de borging van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de gaten gehouden. Als partijen het belang van de consument schaden, bijvoorbeeld door het vertonen van ongewenste gedragingen die de concurrentie verstoren, kan de NZa in de markt ingrijpen. Een monitor levert daarmee de basis voor oordeelsvorming voor het eventueel inzetten van instrumenten op de markt.

Monitor

De focus van de monitor en de intensiteit van de inzet van dit instrument worden grotendeels bepaald door de risico's die een goede werking van de markt voor mondzorg in de weg staan. In hoofdstuk 4 heeft de NZa een aantal risico's genoemd bij het vrijgeven van de prijzen voor mondzorg. De belangrijkste risico's zijn onzekerheid rondom de inkooprol van de consument, onvoldoende transparantie, mogelijke (regionale) schaarste van zorgaanbod, de informele doorverwijsrol van de tandartsen en een risico op te hoge prijzen. Deze risico's maken het zinvol om een monitor op te zetten. Daarnaast zijn deze risico's reden om een experiment op te zetten in plaats van de markt meteen vrij te geven. Met een monitor kunnen de risico's in de gaten worden gehouden en kan worden beoordeeld of het experiment succesvol is. De monitor zal in deze markt worden gebruikt als een dynamisch instrument. De analyse van de tussentijdse resultaten van de monitor bepaalt of wel of niet ingegrepen moet worden in de markt. De NZa denkt vooralsnog aan het jaarlijks monitoren van de markt. De precieze aard en omvang van de monitoring wordt concreter uitgewerkt door de NZa indien de Minister het advies om de prijzen vrij te geven, overneemt. Daarnaast behoudt de NZa de mogelijkheid om waar nodig tussentijds met beleidsmaatregelen in te grijpen in de markt.

Voor de monitoring van betaalbaarheid is het onder andere belangrijk om de (landelijke/regionale) prijs- en volumeontwikkelingen te meten. Vooraf is niet aan te geven wanneer een prijsstijging aanleiding geeft om in te grijpen op de markt. Prijzen in de markt kunnen bijvoorbeeld stijgen vanwege regionale verschillen, structurele kostenontwikkelingen, innovatie of kwaliteit. Die ontwikkelingen moeten in de monitor worden onderzocht. Voor de monitoring van toegankelijkheid kan gedacht worden aan het meten van de wachttijden voor bepaalde behandelingen, de mate waarin aanbieders nieuwe patiënten aannemen en de mate waarin patiënten overstappen en de reden daarvoor. Voor het monitoren van kwaliteit van de geboden zorg heeft de NZa het voornemen om tussentijd interviews af te nemen bij zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten. Op termijn kan gemonitord worden op basis van de kwaliteitsindicatoren. Daarnaast is een rol weggelegd voor de IGZ die in de gaten houdt of de minimale kwaliteit van zorg wordt aangeboden. Uit de monitor kan onder meer worden opgemaakt wat de inkooprol van de consument is, de mate van transparantie in de markt, welke zorgaanbieders welke prestaties aanbieden en de ontwikkeling en hoogte van de prijzen.

Deze gegevens kunnen bijvoorbeeld gemeten of verkregen worden via verzekeraars, brancheorganisaties, factureringsmaatschappijen, via enquêtes van aanbieders, verzekeraars en consumenten en via standaardprijzlijsten. Bij deze monitoronderdelen zal expliciet aandacht worden besteed aan het effect van vrije prijzen op de zorg voor risicogroepen en bijzondere zorg (bijvoorbeeld bijzondere tandheelkunde, complexe orthodontie, topreferente zorg). Andere zaken waar in de monitor aandacht aan kan worden besteed is bijvoorbeeld de mogelijke verandering in inkoopmacht van verzekeraars.

Om een juist beeld te verkrijgen van de effecten die ontstaan in de vrije markt dient eerst een nulmeting te worden gehouden van die zaken die ook in de monitor worden gemeten. In de analyse van de monitor kan dan worden bepaald wat in de markt is veranderd ten opzichte van de nulmeting.

Instrumenten NZa

De NZa zal, op basis van art. 38 en 62 Wmg, net als in andere markten met vrije prijzen de verplichting opleggen aan zorgaanbieders om een prijslijst te publiceren (zie paragraaf 3.4.3). Deze informatie kan ook worden gebruikt door de website Kiesbeter of andere commerciële marktwebsites, wat het keuzeproces van de consument vereenvoudigt en de transparantie in de markt vergroot.

Via art. 45 van de Wmg kan de NZa regels stellen voor de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg en de voorwaarden in die overeenkomsten. Zo kunnen eisen worden gesteld met betrekking tot een redelijke antwoordtermijn op onderhandelingsvoorstellen.

De Wmg biedt instrumenten om ook na de introductie van vrije prijsvorming mededingingsproblemen die in de mondzorg kunnen ontstaan, te adresseren. De NZa kan op grond van artikel 48 van de Wmg partijen die beschikken over aanmerkelijke marktmacht (AMM) preventief verplichtingen opleggen.

Relatie met andere toezichthouders

Naast de NZa zijn er op de zorgmarkt een aantal andere toezichthouders actief, zoals de NMa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De NZa werkt nauw samen met deze toezichthouders. De rol van de IGZ is het toetsen van de minimale kwaliteit en het bepalen van de kwaliteitsindicatoren, in samenspraak met het veld. Dat laatste gebeurt binnen het Programma Zichtbare Zorg (zie paragraaf 3.4.1). De NZa heeft als rol toezicht te houden op de kwaliteit van de transparantie.

Conclusie

De focus en intensiteit van de monitor worden grotendeels bepaald door de risico's die een goede werking van de markt voor mondzorg in de weg staan. De belangrijkste risico's zijn onzekerheid rondom de inkooprol van de consument, onvoldoende transparantie, mogelijke (regionale) schaarste van zorgaanbod, de (in)formele doorverwijsrol van de tandartsen en een risico op te hoge prijzen. De analyse van de tussentijdse resultaten van de monitor bepaalt of wel of niet ingegrepen moet worden in de markt. De NZa behoudt de mogelijkheid om waar nodig tussentijds met beleidsmaatregelen in te grijpen. Om een juist beeld te verkrijgen van de effecten die ontstaan in de vrije markt dient eerst een nulmeting te worden gehouden van die zaken die ook in de monitor worden gemeten.

7. Conclusie

In dit visiedocument *Bekostigingstructuur mondzorg* heeft de NZa onderzocht of de bestaande bekostigingstructuur aanpassing behoeft om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de mondzorg te borgen en waar mogelijk te verbeteren.

Vrije prijsvorming

Op basis van een analyse van de markt voor mondzorg is onderzocht of de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn. Vrije prijsvorming biedt mogelijkheden voor innovatie, kwaliteit en ondernemerschap en doet recht aan verschillen in zorgzwaarte. Vrije prijsvorming kan voor een betere toegankelijkheid op de markt zorgen en kan eventuele schaarsteverhoudingen op een markt uitdrukken en daardoor tot toetreding leiden. Tevens kunnen vrije prijzen prikkelen om de transparantie in de markt te vergroten, waardoor de concurrentie tussen aanbieders kan stijgen en de efficiëntie kan toenemen. Prijsregulering beperkt deze mogelijkheden.

Als aanvulling op het eerdere consultatiedocument *Mogelijkheden voor vrije prijsvorming mondzorg* heeft de NZa onderzocht in hoeverre het mogelijk is om de prijzen van de totale mondzorg vrij te geven en niet alleen de prijzen van de deelmarkten orthodontie, tandprothetiek en mondhygiëne. Deze analyse laat zien dat vrije prijsvorming voor de totale mondzorg mogelijk is. Wel zijn er een aantal risico's bij het vrijgeven van de markt. De belangrijkste risico's zijn onzekerheid rondom de inkooprol van de consument, onvoldoende transparantie, mogelijke (regionale) schaarste van zorgaanbod, de (in)formele doorverwijsrol van de tandartsen en een risico op te hoge prijzen.

Experiment

Vanwege deze risico's adviseert de NZa om de prijzen vrij te geven voor de totale mondzorg middels een landelijk experiment voor de periode van vijf jaar. Dit betekent dat in het experiment ook de prijzen van bijvoorbeeld bijzondere tandheelkunde, AWBZ-mondzorg (qua honoraria en reiskosten aanbieder en inkoop tandtechniek) en instellingen voor jeugdandverzorging vrij worden gegeven.

Transparantie

De mondzorg is een typische consumentenmarkt, waar de rol van de verzekeraar als kritische inkoper beperkter is dan op andere gezondheidszorgmarkten. De consument vervult de rol van inkoper. Vanwege het feit dat de consument vaak een deel van de zorg zelf moet betalen heeft hij hiertoe een financiële prikkel. Het is echter nog niet voldoende duidelijk of de consument deze rol in praktijk bij vrije prijzen kan vervullen. Dit komt deels doordat de markt nu niet transparant is. Om juiste beslissingen te kunnen nemen, moeten consumenten goed geïnformeerd zijn en inzicht hebben in de zorg die door de verschillende zorgaanbieders wordt geleverd. Een belangrijke voorwaarde voordat de prijzen vrij kunnen worden gegeven is dan ook dat eerst de transparantie van de markt qua kwaliteit, prestatie en prijs vergroot moet worden. Hieraan dient gewerkt te worden in de voorfase van het experiment.

Randvoorwaarden

De NZa stelt de volgende randvoorwaarden aan invoering van vrije prijzen in de totale mondzorg door middel van een experiment:

- Transparantie van kwaliteit: Kwaliteitsindicatoren zijn nodig waarmee de consumenten (en verzekeraars) de door aanbieders geleverde prestaties kunnen vergelijken. Het Programma Zichtbare Zorg is samen met marktpartijen gestart met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren mondzorg. Er dienen minimaal een aantal betekenisvolle stappen te zijn gezet om kwaliteitsindicatoren openbaar toegankelijk te maken voor consumenten door de betrokken partijen voorafgaand aan het experiment met vrije prijzen mondzorg. Hiermee wordt bedoeld dat er gewerkt wordt aan het ontwikkelen van indicatoren en dat er voortgang zichtbaar is.
- Transparantie van prestatie: De NZa moet heldere prestatiebeschrijvingen hebben opgesteld en deze moeten zijn ingevoerd.
- Transparantie van prijs: Voor de start van het experiment moet de verplichting zijn opgelegd aan aanbieders om de standaardprijzlijsten openbaar te maken voor consumenten op een voor de consument makkelijk toegankelijke plek en moet de verplichting zijn opgelegd om standaard voor alle behandelingen vanaf een totaalbedrag van € 150,- een prijsopgave te verstrekken. Daarnaast is de verplichting opgelegd om de factuur voor ingekochte tandtechniek aan de consument te laten zien. De standaardprijzlijsten worden, zo snel mogelijk na de start van het experiment, landelijk zichtbaar gemaakt via een website. Tevens is de verplichting opgelegd dat wanneer de zorgaanbieder in prijs differentieert naar zorgzwaarte en de daarvoor gehanteerde criteria aan de consument helder worden gemaakt.
- De consumenten moeten verder goed zijn voorbereid op de situatie van vrije prijzen (empowerment), bijvoorbeeld via een publiekscampagne. Aanbieders en verzekeraars moeten daarnaast ook goed zijn voorbereid.
- Tot slot is een tijdige beslissing van de Minister over het experiment een voorwaarde.

Startdatum experiment

Vanwege de gestelde randvoorwaarden gaat de NZa er van uit dat de uiterste startdatum van het experiment 1 januari 2011 is. Dit betekent echter niet dat 1 januari 2010 als startdatum niet mogelijk is. Dit geldt met name voor de deelmarkt orthodontie die op een aantal gestelde randvoorwaarden vooruit loopt. Zowel voor de deelmarkt orthodontie als voor de gehele mondzorgmarkt is de NZa bereid mee te werken aan invoering van het experiment per 1 januari 2010. De Minister moet dan wel voor 1 juli 2009 een beslissing hebben genomen. Dit scenario is echter niet reëel zonder medewerking van de sector. Op alle randvoorwaarden zullen marktpartijen, consumentenorganisaties, IGZ en NZa gezamenlijk een forse inspanning moeten leveren. Alleen in dat geval is het mogelijk dat de NZa prestatiebeschrijvingen voor 1 oktober 2009 kan vaststellen en invoeren voor 1 januari 2010 (inclusief ICT-systemen), kan flinke vooruitgang worden geboekt bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en kunnen zodoende consumenten, aanbieders en verzekeraars zich voorbereiden op het experiment.

Monitor

De NZa zal tijdens het experiment de werking van de markt monitoren. Indien uit tussentijdse monitoring blijkt dat het algemeen consumentenbelang wordt geschaad dan kan het experiment worden stopgezet en alsnog de tarieven worden gereguleerd. Op dat moment zal de NZa deze tarieven gaan reguleren op basis van gegevensonderzoek, zoals kostprijzen, en een methodiek ontwikkelen voor de tariefregulering.

Het algemeen consumentenbelang kan bijvoorbeeld geschaad worden als er ongewenste of onverklaarbare prijsstijgingen optreden, de toegankelijkheid in gevaar komt of de kwaliteit van zorg verslechterd. Voor het einde van het experiment moet besloten worden of het experiment verlengd wordt, of dat de prijzen definitief worden vrijgegeven.

Prestatiebeschrijvingen

Ook in de situatie van vrije prijzen stelt de NZa de prestatiebeschrijvingen vast. Dit is een zelfstandige bevoegdheid van de NZa en de NZa zal de mogelijke verbeteringen op het gebied van de prestaties uitvoeren. Op basis van de toetsingscriteria voor de prestatievarianten en de resultaten van het consumentenonderzoek naar de ervaren en gewenste transparantie in de mondzorg vindt de NZa het bekostigingssysteem waarbij een mix wordt gehanteerd van verrichtingen en producten het meest geschikt. Voor de topreferente zorg, bijzondere tandheelkunde en AWBZ-mondzorg vindt de NZa het tijdsseenheidssysteem het beste bekostigingssysteem.

De prestaties dienen transparant te zijn voor de consument. Dat betekent dat de beschrijvingen in heldere en voor de consument herkenbare taal moeten worden beschreven. Daarnaast moet in de prestatiebeschrijvingen ruimte worden gemaakt voor innovatieve zorg, preventieve zorg, non-invasieve zorg en topreferente zorg.

Advies NZa ten behoeve van flankerend beleid

- De NZa adviseert om te onderzoeken of de herziening van de bekostigingsstructuur mondzorg aanleiding geeft om het basispakket Zorgverzekeringswet met betrekking tot mondzorg aan te passen. Specifieke aanleiding hiertoe is het beschrijven van prestaties op het gebied van preventie die voor de jeugdigen onderdeel zal moeten worden van de inhoud van het basispakket. Ook de andere, nieuwe prestatiebeschrijvingen kunnen aanleiding zijn om de inhoud of omvang van het basispakket te herzien. Met dit advies wordt niet bedoeld om de inhoud en omvang van het huidige pakket Zvw te verkleinen. De intentie van het advies is om het pakket aan te laten sluiten bij de vernieuwde prestaties.
- De NZa adviseert nader onderzoek te verrichten naar de middelen die de GGD'en en consultatiebureaus ter beschikking staan voor tandheelkundige voorlichting, de effectiviteit die daarmee bewerkstelligd kan worden en eventuele verbeteringen die mogelijk zijn. De NZa adviseert u dit in samenhang te bezien met de nieuwe Wet Publieke Gezondheid (opvolger van de WCPV).
- De NZa pleit voor afschaffing van de instroombeperking voor de opleiding tandheelkunde, orthodontie en mondhygiëne en het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen. Tegelijkertijd met het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen kan nagedacht worden over een andere vormgeving van de bekostiging.
- Bij het functioneel beschrijven van de prestaties is er in praktijk een ongelijkheid bij de uitvoering van dezelfde prestatie door meerdere typen aanbieders. Tandartsen en orthodontisten zijn tuchtrechtelijk aansprakelijk (art. 3 Wet BIG); mondhygienisten en tandprotheticisten zijn alleen civiel- of strafrechtelijk aansprakelijk (art. 34 Wet BIG). De NZa adviseert dit onderscheid in tuchtrechtelijke aansprakelijkheid mee te nemen bij de (eventuele) aanpassing van de Wet BIG.

Bijlage 1. Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ICON	Index of Complexity, Outcome and Need
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISO	International Organization for Standardization
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
SID	Supplier Induced Demand
UPT	Uniform Particulier Tarief
VVT	Verbond voor Vlaamse Tandartsen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WALZ	Wegnemen (onnodige) Administratieve Lasten door de Zorgautoriteit
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
Zfw	Ziekenfondswet
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2. Definitielijst

Aanbod gestuurde vraag	Ook supplier induced demand (SID) genoemd. Hiervan is sprake wanneer een zorgaanbieder prikkels ervaart om extra, medisch gezien niet noodzakelijke zorg te leveren om daarmee extra inkomen te genereren.
Bekostigingstructuur	De wijze waarop prestaties en tarieven voor de (deel)markt tot stand komen.
DMFT-score	Een score die bestaat uit een optelsom van het aantal aangetaste (Decayed), ontbrekende (Missing) en gevulde (Filled) definitieve tanden bij één individu. Decayed, missing & filled teeth. Deze score dient als maat voor de prevalentie van cariës.
Evidence-based practice	Het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor de individuele patiënt. Het betreft kennis uit wetenschappelijke hoek, kennis uit professionele ervaring en kennis en verwachtingen van de patiënt.
Lastendruk	Lastendruk bestaat uit administratieve lasten (kosten voor zorgaanbieders en verzekeraars om te voldoen aan de inhoudelijke informatieverplichtingen die voortvloeien uit de regels van de NZa) en inhoudelijke nalevingskosten (kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen die voortvloeien uit de regels van de NZa).
Prestatie(beschrijving)	De levering van zorg door een zorgaanbieder. Op basis van de vastgestelde prestaties moet de geleverde zorg gedeclareerd worden. De vorm van een prestatiebeschrijving kan divers zijn: in de vorm van bijvoorbeeld een abonnement, verrichting of product. De term prestatiebeschrijving is de wettelijke term die de NZa hanteert voor ál deze varianten.

Risicoselectie	De zorgaanbieder maakt onderscheid in patiënten met een hoog gezondheidsrisico en een laag gezondheidsrisico. Vanuit kostenperspectief selecteert de aanbieder de gezonde, en dus goedkopere, risicopatiënten uit de patiëntenpopulatie en alleen deze patiënten worden behandeld.
Taakherschikking	Werktaken worden structureel anders verdeeld over beroepsbeoefenaren.
Tarief	Prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder.
Transparantie	Informatie moet toegankelijk, betrouwbaar, begrijpelijk en vergelijkbaar zijn voor de consument.
Upcoding	Zorgaanbieders ervaren de prikkel om duurdere, complexere behandeling te leveren dan medisch noodzakelijk is.
UPT-lijst	De naam die in praktijk gebruikt wordt voor de lijst waarin alle tandheelkundige prestaties zijn beschreven. Tevens staan op deze lijst de bijbehorende maximumtarieven vermeld die voor die bewuste prestatie in rekening mogen worden gebracht.
(ziektekosten) Verzekeraars	Zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en particuliere ziektekostenverzekeraars.